

Ewelina Dąbrowska, Maria Oleś

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej

Skłonność do zachowań autodestruktywnych a prężność psychiczna młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym

A tendency to self-destructive behaviors and resilience in adolescents from families with the alcohol-related problems

STRESZCZENIE

Dysfunkcjonalność systemu rodzinnego często predysponuje do pojawienia się trudności przystosowawczych nastolatków. Jednak z drugiej strony może uaktywnić w nich skrywane zasoby do skutecznego poradzenia sobie z psychologicznie trudną sytuacją. Celem badań jest odpowiedź na następujące pytania: 1. Jaki jest poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych i prężności psychicznej młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym? 2. Jaki jest poziom prężności psychicznej badanych z uwagi na nasilenie tendencji do zachowań autodestruktywnych? Przebadano 72 osoby w wieku 16–19 lat ($M = 17,19; SD = 0,85$) za pomocą ankiety socjodemograficznej, *Testu Przesiewowego Bieka*, *Skali Chronicznej Autodestruktywności* (CSDS) K. Kelley oraz *Skali Pomiaru Prężności* (SPP-18) N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego. Z rezultatów badań wynika, że młodzież z rodzin alkoholowych cechuje umiarkowany poziom prężności psychicznej oraz skłonności do zachowań autodestruktywnych. Młodzież ta stanowi grupę niejednorodną i pomiędzy badanymi istnieją różnice istotne statystycznie zarówno w poziomie prężności psychicznej, jak i w nasileniu poziomu tendencji autodestruktywnych. Młodzież o niższym nasileniu zachowań autodestruktywnych cechuje się istotnie wyższym poziomem prężności psychicznej.

Słowa kluczowe: młodzież, prężność psychiczna, zachowania autodestruktywne, rodzina alkoholowa.

Adres do korespondencji:

mgr Ewelina Dąbrowska, dr hab. Maria Oleś, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin

SUMMARY

Dysfunctions in families often predispose to appearance of adaptation difficulties among adolescents. On the other hand, it can activate resources to effective coping with the hard psychological situation. The research questions are: What is the level of tendency to self-destructive behaviours and resilience in adolescents from the family with the alcohol-related problems? What is the level of resilience in individuals in view of the high tendency to self-destructive behaviours? In research participated 72 persons, aged 16–19 ($M = 17,19$; $SD = 0,85$). The methods used in the study: the author's sociodemographic survey, Biek's *Screening Test*, K. Kelley's *Chronic Self-Destructiveness Scale* (SCDS) in adaptation of A. Suchańska and the *Resiliency Assessment Scale* (SPP-18) of N. Ogińska-Bulik and Z. Juczyński. According to the research, adolescents from the family with the alcohol related-problems displayed moderate level of resilience and tendency to self-destructive behaviours. These young people constitute a heterogeneous group. The adolescents who manifest lower intensification of self-destructive behaviours are characterized by significantly higher level of resilience.

Key words: adolescents, resilience, self-destructive behaviours, family with the alcohol-related problems.

Wprowadzenie

Rodzina alkoholowa jest jednym z typów systemów dysfunkcyjnych, w którym często oprócz braku zaspokajania potrzeb członków rodziny mają miejsce także zaburzone sposoby funkcjonowania, niejednokrotnie prowadzące do problemów adaptacyjnych oraz zdrowotnych jej członków (Gašior, 2012). Współistnienie wielu trudności, takich jak np. brak umiejętności zaradczych rodziców (głównie dotyczących wychowywania dzieci), zaburzenia psychiczne (depresja, osobowość aspołeczna), trudna sytuacja materialna, skutkuje tym, że sytuacja dzieci w tych rodzinach jest szczególnie trudna (Karasowska, 2004). Członkowie rodziny alkoholowej doświadczają chronicznego stresu psychologicznego, a poziom trudności zadań przekracza ich możliwości adaptacyjne. Zasadniczymi cechami sytuacji stresowych tych rodzin są: poczucie wstydu prowadzące do izolacji od otoczenia, poczucie niepewności odnośnie do ustalonego porządku dnia, zasad moralnych czy wartości, poczucie bezradności, lęk i strach o zabezpieczenie materialne, jak również o własne zdrowie, a czasami nawet życie, gniew wobec osoby uzależnionej oraz poczucie winy wynikające ze złości i nienawiści, które są skierowane do uzależnionego (Sztander, 2006).

Szacuje się, że w Polsce żyje około 700–800 tysięcy osób uzależnionych od alkoholu, a liczbę niepełnoletnich dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym można określić na około dwa miliony (Dąbkowska, 2006). Jak wynika z badań, różne formy zachowań agresywnych i represyjnych rodziców, zaniedbywanie obowiązków opiekuńczych i potrzeb dziecka wywierają destruktywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne nastolatków oraz na proces ich rozwoju (Radziwiłłowicz, Szadziewska, Sulska, 2006). Dla funkcjonowania młodzieży istotne są nie tylko czynniki ryzyka związane z chorobą alkoholową w rodzinie, ale możliwości i szeroko rozumiane zasoby zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Z badań bowiem wynika, że pomimo niekorzystnych warunków wiele osób może rozwinąć się prawidłowo, skutecznie radzić sobie i funkcjonować w sposób adaptacyjny, bez jakichkolwiek symptomów psychopatologii (Werner, 1989; Cierpiąłkowska, 2007).

Psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży z rodzin alkoholowych

Wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym jest trudnym doświadczeniem. Można stwierdzić, że taka sytuacja i związane z nią obciążenia należą do kategorii wydarzeń

traumatycznych, które często prowadzą do różnorodnych urazów psychicznych (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards, Giles, 2001b). B. James (2003, s. 17) definiuje uraz psychiczny (traumę) jako „obezwładniające, niepodlegające kontroli wydarzenia życiowe, które wywołują u ofiar skutki psychiczne, takie jak: poczucie bezradności, bezbronności, utraty bezpieczeństwa i panowania nad sytuacją”. Z drugiej strony to, czy trudne środowisko rodzinne zostanie odebrane i zinterpretowane przez nastolatka jako doświadczenie traumatyczne, zależy od kilku czynników, tj. od jego cech temperamentu i osobowości (poziom wrażliwości, wewnętrzna spójność, umiejętność wglądu), a także etapu rozwoju, jakości więzi emocjonalnych z innymi osobami oraz od możliwości uzyskania wsparcia z zewnątrz (Windle, 2000).

Zaburzenia w zakresie interakcji rodziny mogą przyczyniać się do zakłócenia przebiegu normalnych procesów rozwojowych nastolatków, w tym realizacji określonych zadań rozwojowych, jak: akceptacja własnego wyglądu, umiejętność wchodzenia w relacje interpersonalne oraz zdolność ich podtrzymywania, rozwój autonomicznej tożsamości, podjęcie odpowiednich ról życiowych, identyfikacja z nimi oraz dokonanie ich prawidłowego podziału, osiągnięcie samodzielności i niezależności w działaniu, jak również planowanie przyszłości (Havighurst, 1981; Bee, 2004). Ich realizacja w kontekście problemów związanych z alkoholizmem ojca/matki jest szczególnie trudna (Grzegorzewska, Cierpiątkowska, 2012), co może przejawiać się w drodze internalizacji (uwewnętrzniania) lub też eksternalizacji (uzewnętrzniania) zachowania.

W pierwszym przypadku trudności przejawiają się w postaci nadmiernej kontroli współwystępującej ze specyficznymi strategiami obronnymi (tłumienie i zaprzeczanie), depresji, zaburzeń lękowych, uzależnienia, reakcji psychosomatycznych oraz poczucia izolacji. Natomiast eksternalizacja problemów wyraża się w trudnościach w zakresie samo-kontroli emocjonalnej, a także w doświadczaniu przede wszystkim silnych emocji o charak-

terze negatywnym. Przejawia się impulsywnością, tendencją do zachowań agresywnych i autoagresywnych, zaburzeniami socjalizacji, wczesnym pojawieniem się problemów alkoholowych, wagarowaniem czy zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi (Sher, 2000; Grzegorzewska, 2011).

Z uwagi na powyższe – realizacja zadań rozwojowych jest niezbędna, aby człowiek mógł w pełni osiągnąć dojrzałość oraz satysfakcję z życia (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008). Młodzież z rodzin alkoholowych zazwyczaj ma większe trudności, aby sprostać tym wymaganiom ze względu na fakt, iż spotyka się z zagrożeniem w postaci znacznej ilości czynników ryzyka. Adolescentów z takiego środowiska częściej charakteryzują problemy w nawiązywaniu i podtrzymywaniu satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Ponadto cechują się oni niższą samooceną, poczuciem braku kontroli nad swoim życiem oraz słabo rozwiniętą umiejętnością radzenia sobie w zmieniającej się sytuacji w porównaniu z osobami wzrastającymi w rodzinie bez problemu alkoholowego (Robinson, Rhoden, 2000; Lelek, Bętkowska-Korpała, Jabłoński, 2011).

Jednakże ta sytuacja nie determinuje młodzieży do doświadczania porażek w zakresie realizacji zadań rozwojowych, ponieważ obok czynników ryzyka istnieją czynniki ochraniające, które są w stanie zwiększyć szansę prawidłowego rozwoju. Do najistotniejszych czynników chroniących młodzież z rodzin alkoholowych zalicza się: posiadanie przez rodzinę stałych rytuałów, psychologiczne dystansowanie się młodzieży od rodzinnych problemów, co umożliwi im aktywność w innych obszarach życia, wspierająca postawa niepijącego rodzica, który jest w stanie zapewnić dobrą opiekę oraz bezpieczeństwo dziecku, obecność w otoczeniu przynajmniej jednej osoby dorosłej, która będzie zajmowała się dzieckiem (np. dziadkowie, nauczyciele). Trwała, odwzajemniona przyjaźń oraz pomoc starszego rodzeństwa również mogą być źródłem wsparcia emocjonalnego (Borucka, Ostaszewski, 2012).

Zachowania autodestruktywne

Zachowania autodestruktywne obejmują szeroki i zróżnicowany zakres zachowań ludzkich, począwszy od wyobrażeń, myśli czy wypowiedzi wyrażających groźby dotyczące unicestwienia samego siebie, poprzez dokonywanie samouszkodzeń, aż do zamachów samobójczych. Obok rozmyślnych zachowań mających na celu okaleczenie własnego ciała występują również takie formy działania, które szkodzą jednostce, pomimo że nie miała ona świadomej i umotywowanej intencji skrzywdzenia siebie w wyniku swojego postępowania (Tsirigotis, Gruszczynski, Lewik-Tsirigotis, Kruszyna, 2011). Stąd też wyodrębnia się dwa rodzaje autodestruktywności: bezpośrednią i pośrednią, które różnią się między sobą intencją, motywem działania osoby oraz czasowym odstępstwem pomiędzy dokonaniem czynem a jego skutkami (Suchańska, 1998).

Autodestruktywność bezpośrednia dotyczy „każdej formy ataku na własne życie, zdrowie i ciało, o oczywistym związku i zasadniczo małym odstępem czasowym między działaniem a skutkiem. Jest ona z reguły intencjonalna, o zróżnicowanym stopniu uświadomienia, nieakceptowana kulturowo i społecznie” (Suchańska, 2001, s. 63). Natomiast autodestruktywność pośrednia, inaczej chroniczna, według K. Kelley i wsp. (1985b, s. 573) to „tendencja do podejmowania zachowań zwiększających prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszających prawdopodobieństwo pozytywnych konsekwencji dla podmiotu”. Może mieć wymiar aktywny, w którym jednostka podejmuje niekorzystne zachowania (np. wchodzenie w sytuacje podwyższonego ryzyka), oraz pasywny, manifestujący się zaniechaniem działań pozytywnych (np. zaniedbywanie własnego bezpieczeństwa) (Kubacka-Jasiecka, 2006; Alfonso, Dedrick, 2010). Do zachowań autodestruktywnych o charakterze pośrednim zalicza się: intencjonalne cierpienie, bezradność, zachowania impulsywne, uleganie pokusom, samoutrudnianie, nałogi i uzależnienia, wszelkie zaniedbania, w tym zdrowotne (Tsirigotis, Gruszczynski, Lewik-Tsirigotis, Kruszyna, 2011).

Głównym źródłem występowania zachowań autoagresywnych są specyficzne doświadczenia, zwykle przeżywane w okresie dzieciństwa. Dotyczy to przede wszystkim traum, takich jak: wykorzystanie seksualne, przemoc emocjonalna, fizyczna, zaniedbanie, brak komunikacji, osierocenie bądź strata innego rodzaju, często wynikająca z dysfunkcyjności rodziny pochodzenia (Babiker, Arnold, 2002; Danielson i in., 2006). Według teorii społeczno-poznawczej A. Bandury, zachowania autodestruktywne mogą być nabywane poprzez uczenie się od innych osób, zwykle z najbliższego otoczenia, dzięki obserwacji. Jeżeli któryś z członków rodziny zachowuje się w sposób wielorako przemocowy (fizycznie, emocjonalnie, słownie), dziecko może powielać znane mu postępowanie na drodze modelowania oraz wzmocnień (Oleś, 2009). Istnieją również wytłumaczenia dotyczące uwarunkowań biologicznych. Wzrastanie w zaburzonej rodzinie związane jest z przeżywaniem przewlekłego stresu, który oddziałuje na centralny układ nerwowy (Herzyk, 2003), dlatego organizm pozostaje w ciągłej aktywności, wytwarzając w nadmiernych ilościach adrenalinę, co może prowadzić do uszkodzenia dróg nerwowych w mózgu, powodując np. analgezję (Weismoore, Esposito-Smythers, 2010). Dlatego też jednostki autodestruktywne potrzebują stymulacji z zewnątrz w celu przywrócenia równowagi biologicznej wpływającej jednocześnie na homeostazę psychiczną (Sakson-Obada, 2006). Doświadczenie braku poczucia bezpieczeństwa, przewlekłego stresu, poczucia zagrożenia, zaniedbywania czy agresji oraz braku zaspokojenia podstawowych potrzeb, które ma miejsce w toku wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym, może być źródłem aktów i zachowań autodestruktywnych dzieci i młodzieży (van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Prężność psychiczna

Źródłem pierwszych rozważań nad prężnością psychiczną (ang. *resilience*), nad rolą czynników ryzyka i czynników ochronnych w proce-

się adaptacji, pomimo działania przeciwności losu i negatywnych zdarzeń w życiu dziecka, były klasyczne prace pionierów konstruktów na przełomie lat 50. ubiegłego wieku, należące do: E. Werner (1989), M. Ruttera (1987; 1993), N. Garmezy'ego (1991). Badacze i teoretycy zjawiska określają je w terminach indywidualnej zdolności lub właściwości jednostki, procesu, przez który przechodzi, i rezultatu czy efektu końcowego w postaci pomyślnej adaptacji pomimo przeciwności, zagrażających wyzwań lub okoliczności dla prawidłowego rozwoju (Masten, Best, Garmezy, 1990). Prężność psychiczna jest rozpatrywana na wielu płaszczyznach – jako trajektoria, kontinuum, system, cecha osobowości, proces, cykl lub kategoria jakościowa (Howe, Smajdor, Stöckl, 2012). Rutter (1980, s. 180–181) definiuje *resilience* jako „dobre przystosowanie pomimo przewlekłego stresu i przeciwności – zjawisko odporności w sytuacji stresu”. Według A. Masten i J. Coatsworth (1998, s. 206) to „kompetencja przejawiana w kontekście istotnych wyzwań adaptacyjnych lub rozwojowych”. Natomiast I. Heszen, H. Sęk (2007, s. 173) definiują *resilience* jako „zespół umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu, polegający na [...] oderwaniu się (*bounce-back*) od negatywnych doświadczeń i zdolności do wzbudzania pozytywnych emocji”. Z tym sposobem rozumienia koresponduje ujęcie *resilience* jako umiejętność do utrzymywania względnie stabilnego poziomu funkcjonowania, a także zdolność przeżywania pozytywnych emocji (Mujeeb, Zubair, 2012). Prężność jest konstruktem, który obejmuje (1) myśli – pozytywny światopogląd, (2) uczucia – nadzieja, poczucie humoru, jak również (3) zachowania – zdolność do uruchamiania zasobów społecznych i ekonomicznych (Simpson, Jones, 2012). Do procesów *resilience* zalicza się z jednej strony narażenie na wiele zagrożeń (czynniki ryzyka), z drugiej zaś na działanie pozytywnych mocy (czynniki ochraniające) (Borucka, Ostaszewski, 2008). Dlatego też mechanizm prężności psychicznej przede wszystkim opiera się na redukowaniu czynników ryzyka oraz na poszukiwaniu i wzmacnianiu

niem czynników ochraniających i wspierających jednostkę (Couto, Koller, Novo, 2011).

Badania nad prężnością psychiczną obejmują trzy główne grupy zjawisk: (1) dorastanie w stresujących, wymagających warunkach życiowych oraz społecznych, które są uznane za istotnie zagrażające lub trudne do wytrzymania przeciwności losu; (2) dostępność do czynników ochronnych obejmujących wewnętrzne zasoby jednostki i zewnętrzne źródła wsparcia, które mogą być powiązane z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom czynników ryzyka; (3) osiągnięcie pozytywnej adaptacji pomimo doświadczenia znaczącego niepowodzenia (Lee, Cheung, Kwong, 2012). Młodzież prężna psychicznie posiada pewne cechy temperamentu, jak: otwartość czy zdolność wywoływania pozytywnych reakcji, kompetencje szkolne i umiejętności społeczne (empatia i troska o innych), poczucie tożsamości i własnej skuteczności, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, optymizm, wytrwałość i nadzieja, poczucie koherencji, a także osobiste przekonania (Oleś, 2015). Ponadto jednostki prężne cechuje tzw. pozytywna triada poznawcza. Obejmuje ona dodatnią perspektywę w odniesieniu do (1) własnej osoby, (2) otaczającego świata oraz (3) przyszłości. W odniesieniu do (1) własnej osoby jednostki prężne częściej charakteryzują się poczuciem własnej skuteczności, pewnością siebie, a także determinacją. Ludzie wyróżniający się takimi cechami prawdopodobnie częściej myślą o sobie w sposób pozytywny, co dodatkowo wzmacnia ich obraz siebie. Z takimi zasobami osoby prężne rozwijają korzystną opinię na swój temat, która to z kolei motywuje ich do uczestniczenia w działaniach, gdzie mogą się sprawdzić i dokonać pozytywnej refleksji na swój temat – celem zmaksymalizowania dobrego samopoczucia, a w konsekwencji sprzyjającego funkcjonowania. Ponadto wierzą w siebie oraz w to, że zasługują na lepsze warunki życiowe. W stosunku do (2) otaczającego świata osoby z wysokim poziomem prężności mają tendencję do posiadania pozytywnego poglądu na świat, który motywuje ich do skutecznego powstawania po porażkach oraz ruszania ku przyszło-

ści. Dzięki dodatniej perspektywie wobec środowiska są bardziej zdolne do dostrzegania okazji, wyzwań i szans w trudnych sytuacjach oraz odnajdywania rozwiązań w walce z problemami. Potrafią zabiegać o wsparcie z zewnątrz, gdy występuje taka potrzeba. Społeczne zasoby postrzegają jako wspierające, a nie zagrażające. W związku z tym posiadają większe poczucie panowania nad sytuacją w obliczu wyzwań. W odniesieniu do (3) przyszłości jednostki prężne wykazują optymizm i pewność co do perspektywy przyszłościowej. Kiedy osoby doświadczają przeciwności losu, poczucie sprawczości pomaga im w wyborze najlepszej alternatywy ich rozwiązania. Poza tym ludzie odznaczający się wysokim poziomem nadziei mają lepsze umiejętności w radzeniu sobie z trudnościami. Chętniej akceptują wyzwanie, z jakimi stykają się w życiu, a także częściej korzystają z aktywnych strategii radzenia sobie (Mak, Ng, Wong, 2011). Prężność jest więc kluczową zmienną w przewidywaniu pozytywnych rezultatów w zetknięciu z przeciwnościami.

Cel pracy

Celem badań jest próba odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych i prężności psychicznej młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym?
2. Jaki jest poziom prężności psychicznej badanych z uwagi na nasilenie tendencji do zachowań autodestruktywnych?

Przegląd literatury, jak i dotychczasowe wyniki badań pozwalają na sformułowanie następujących hipotez:

HIPOTEZA 1

Młodzież z rodzin z problemem alkoholowym cechuje umiarkowany poziom skłonności do zachowań autodestruktywnych oraz przeciętny poziom prężności psychicznej, tzn. wśród badanych znajdują się zarówno osoby o wysokim, jak i niskim nasileniu skłonności do zachowań autodestruktywnych oraz jednost-

ki zarówno o niskim poziomie prężności psychicznej, jak i odporne psychicznie.

HIPOTEZA 2

Istnieją istotne różnice w zakresie prężności psychicznej z uwagi na poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, tzn. młodzież z wyższą tendencją do zachowań autodestruktywnych cechuje niższy poziom prężności psychicznej w porównaniu do osób z niższą tendencją do takich zachowań.

Grupa badana

Przebadano 72 osoby w wieku 16–19 lat z rodzin z problemem alkoholowym ($M=17,19$; $SD=0,85$). Osoby badane zakwalifikowano do grupy na podstawie wysokiego wyniku w *Teście Przesiewowym* Bieka. W grupie przewagę stanowiły dziewczęta (ponad 2/3 badanych), oraz osoby w wieku 17 i 18 lat (ponad 70%) i osoby posiadające starsze rodzeństwo (ponad 40%). Ojciec znacznej części badanych miał wykształcenie średnie (ponad 40%), a matka wyższe (blisko 40%). Większość badanych pochodziła z rodzin pełnych (blisko 3/4 osób), z rozbitych około 1/5 badanych.

Metoda i narzędzia

Celem wyodrębnienia grupy osób z rodzin z problemem alkoholowym wykorzystano *Test Przesiewowy* autorstwa Bieka (za: Robinson, Rhoden, 2000, s. 203–205). Narzędzie to składa się z 9 pytań; odpowiedzi dające wysoki wynik ogólny identyfikują młodzież z rodzin alkoholowych. Współczynnik rzetelności wynosi 0,90. Do oceny tendencji do zachowań autodestruktywnych zastosowano *Skalę Chronicznej Autodestruktywności* (CSDC) K. Kelley i wsp. (1985a) w adaptacji A. Suchańskiej (1998). Skalę tworzą 52 twierdzenia, oddzielnie w wersji dla kobiet i mężczyzn. Suma uzyskanych punktów składa się na wynik ogólny, który wskazuje na stopień nasilenia tendencji autodestruktywnej. *Alfa* Cronbacha dla całej skali, a także twierdzeń o istotnej mocy dys-

Tabela 1. Poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych i prężności psychicznej – wyniki dla młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym (*M* i *SD*, *Min* i *Max*) w Skali Chronicznej Autodestruktywności i Skali SPP-18

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Tendencje do zachowań autodestruktywnych – WO	135,29	22,66	79	195
Prężność psychiczna – WO	45,5	11,02	14	63
1. Optymistyczne nastawienie i energia	2,52	0,7	0	3,8
2. Wytrwałość i determinacja w działaniu	2,62	0,74	0	4
3. Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	2,88	0,68	1,25	4
4. Kompetencje osobiste i tolerancja afektu negatywnego	2,09	0,82	0,25	3,75

kryminacyjnej wynosi 0,79 i 0,81 – dla kobiet oraz 0,70 i 0,76 – dla mężczyzn (Suchańska, 1998). Do pomiaru prężności psychicznej wykorzystano *Skalę Pomiaru Prężności* (SPP-18) autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego (2011), która składa się z 18 twierdzeń, dając możliwość uzyskania wyniku ogólnego oraz w zakresie czterech komponentów prężności, jakimi są: optymistyczne nastawienie i energia, wytrwałość i determinacja w działaniu, poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia oraz kompetencje osobiste i tolerancja afektu negatywnego. Im wyższa liczba uzyskanych punktów, tym większe nasilenie prężności. Rzetelność kwestionariusza wynosi 0,82 dla całej skali. Natomiast zgodność wewnętrzna wyróżnionych 4 podskal mieści się w granicach od 0,76 do 0,87.

Wyniki

Aby odpowiedzieć na pytanie, jaki jest poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych i prężności psychicznej młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, oszacowano wyniki dla tej grupy badanych osób (tabela 1).

Ogólny poziom skłonności autodestruktywnych w grupie młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym kształtuje się na poziomie przeciętnym (104–160 pkt) i waha się w granicach od wyników niskich (<104 pkt) do wysokich (>160 pkt). Podobnie ma się rzecz, jeśli chodzi o nasilenie prężności psychicznej ba-

danych, która pozostaje na poziomie umiarkowanym (43–51 pkt). Są osoby, które cechują się niskim poziomem prężności (0–42 pkt), oraz takie, które charakteryzują się wysokim poziomem odporności (52–72 pkt). Odzwierciedla się to również w ramach poszczególnych komponentów prężności. Celem odpowiedzi na pytanie 2 zastosowano medianę dla wyników poziomu autodestruktywności i wyodrębniono dwie podgrupy badanych, którzy uzyskali wyniki powyżej i poniżej mediany ($Me = 136$) w zakresie tej zmiennej (tabela 2). Następnie – za pomocą testu *t*-Studenta dla prób niezależnych – sprawdzono, czy istnieją istotne różnice w grupie badanej młodzieży w zakresie prężności psychicznej oraz jej komponentów ze względu na poziom tendencji zachowań autodestruktywnych (tabela 2).

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, wyodrębnione podgrupy młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym z uwagi na skłonność do zachowań autodestruktywnych istotnie różnią się poziomem prężności psychicznej ($p \leq 0,0001$). Oznacza to, że osoby o wyższej skłonności do zachowań autodestruktywnych cechuje istotnie niższy poziom odporności psychicznej rozumianej jako zdolność do pozytywnej adaptacji, skutecznego radzenia sobie ze stresem i przeciwnościami o dużym nasileniu. Równie istotne statystycznie różnice dotyczą czynnika pierwszego, tj. optymistycznego nastawienia i energii ($p \leq 0,0001$). Wskazuje to na istotnie wyższy poziom opty-

Tabela 2. Poziom prężności psychicznej – wyniki (*M* i *SD*) w skali SPP-18 młodzieży o wyższym (A+) i niższym (A-) poziomie skłonności do zachowań autodestruktywnych (*N*=72); test *t*-Studenta istotności różnic

Wymiary SPP-18	A+ (<i>Me</i> ≥ 136) <i>N</i> = 36		A- (<i>Me</i> < 136) <i>N</i> = 36		Istotność różnic	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (70)	<i>p</i> ≤
Prężność psychiczna – WO	40,94	10,72	50,06	9,41	-3,83	0,0001
1. Optymistyczne nastawienie i energia	2,19	0,72	2,85	0,52	-4,44	0,0001
2. Wytrwałość i determinacja w działaniu	2,36	0,76	2,87	0,64	-3,09	0,001
3. Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia	2,69	0,72	3,08	0,58	-2,51	0,01
4. Kompetencje osobiste i tolerancja afektu negatywnego	1,78	0,83	2,40	0,70	-3,43	0,001

mizmu i większą zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji osób o niższym nasileniu tendencji do zachowań autodestruktywnych. Istotne różnice statystycznie zachodzą także w wymiarach wytrwałość i determinacja w działaniu oraz kompetencje osobiste i tolerancja afektu negatywnego ($p \leq 0,001$), a także w zakresie poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia ($p \leq 0,01$). Oznacza to, że młodzież przejawiająca wyższy poziom tendencji do zachowań autodestruktywnych jest mniej wytrwała w dążeniach i realizacji zadań, łatwiej się poddaje, ujawnia niższy poziom kompetencji osobistych, gorzej radzi sobie z negatywnymi emocjami i jest mniej otwarta na nowe doświadczenia.

Omówienie wyników

Jak wynika z przeprowadzonych analiz, badana młodzież z rodzin z problemem alkoholowym ujawnia przeciętny poziom skłonności do zachowań autodestruktywnych i umiarkowane nasilenie prężności psychicznej. Tym samym została zweryfikowana hipoteza 1. Jednocześnie, niezależnie od przeciwności i traumatycznych doświadczeń codziennego życia w tak trudnym środowisku rodzinnym, młodzież o niższym nasileniu zachowań autodestruktywnych przejawia istotnie wyższy poziom prężności psychicznej traktowanej jako mechanizm samoregulacji chroniący przed

negatywnymi następstwami doświadczanych wydarzeń zarówno o charakterze traumatycznym, jak i związanych ze stresem dnia codziennego. Uzyskane rezultaty świadczą, iż grupa badanych jest heterogeniczna i składa się zarówno z osób, które potrafią radzić sobie w sposób optymalny bądź skuteczny tak z trudną sytuacją panującą w środowisku rodzinnym, jak i całokształtem sytuacji stresowej związanej z alkoholizmem jednego z rodziców, jak też takie, które są osobami z grupy podwyższonego ryzyka w kierunku psychopatologii. Słaba prężność koresponduje z nieadaptacyjnymi strategiami radzenia sobie z problemami, jakimi są niewątpliwie zachowania autodestruktywne. Młodzież o niższej prężności psychicznej ujawnia znacznie mniejszy zasób kompetencji do skutecznego radzenia sobie, słabsze zdolności adaptacyjne (zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne) (Masten, Tellegen, 2012). Ma prawdopodobnie gorsze relacje z innymi, a tym samym mniejszy zasób wsparcia.

Dyskusja i wnioski

Celem zaprezentowanych badań była ocena poziomu tendencji autodestruktywnych i prężności psychicznej młodzieży z rodzin zmagających się z problemem alkoholowym oraz porównanie wyodrębnionych podgrup w zakresie odporności psychicznej z uwagi

na nasilenie zachowań autodestruktywnych. Postulowane hipotezy zostały zweryfikowane. Młodzież z rodzin podwyższonego ryzyka cechuje umiarkowany poziom skłonności do zachowań autodestruktywnych oraz przeciętnej poziomu odporności psychicznej.

Jednakże młodzież z tej grupy ryzyka stanowi grupę niejednorodną, tzn. są w niej osoby zarówno o wyższym, jak i niższym nasileniu tendencji do zachowań autodestruktywnych, a także prężności psychicznej. Zmienne te korespondują ze sobą, przy czym relacja między nimi jest negatywna. Im wyższy jest poziom skłonności do zachowań autodestruktywnych, tym niższy poziom zdolności adaptacyjnych, zdolności do radzenia sobie z przeciwnościami losu czy trudnymi sytuacjami życia codziennego. Równocześnie w grupie młodzieży wychowującej się w rodzinach z problemem alkoholowym są jednostki, u których zależność ta nie ma miejsca. Znacząco to, że mimo skłonności do zachowań autodestruktywnych, spowodowanych nadmiernie przeciążającą sytuacją życia, osoby te mają wystarczające zasoby psychiczne, żeby zachowania autodestruktywne nie wystąpiły. Osoby te skutecznie radzą sobie z problemami, nie poddają się, a nawet przejmują niekiedy obowiązki rodziców, którzy nie wypełniają ich z powodu uwikłania w alkoholizm (Kościńska, 2011).

Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w powiązaniu odporności psychicznej z konstruktywnym bądź destruktywnym sposobem radzenia sobie z problemami. Interpretacja może być dwukierunkowa – traktując prężność psychiczną jako pewien zasób kompetencji można sądzić, że nawet w trudnych warunkach dla rozwoju jednostki prężne są w stanie radzić sobie z sytuacją alkoholizmu i jego konsekwencjami w rodzinie i rozwijać się prawidłowo (Kumpfer, Summerhays, 2006).

Z kolei jednostki, które skutecznie zmagają się z przeciwnościami losu, uczą się, jak nie poddawać się w sytuacji stresu i radzić sobie w sposób skuteczny i konstruktywny, nie uciekają się do zachowań typu *acting in* skierowa-

nych wobec siebie. Tym samym kształtuje się w nich odporność jako proces radzenia sobie w obliczu trudności (Walker, Lee, 1998).

Przyczyny tego zróżnicowania prawdopodobnie wywodzą się z większej dostępności czynników ochronnych i/lub mniejszej liczby czynników ryzyka na korzyść osób z niższą tendencją do zachowań autodestruktywnych. Czynniki ochraniające mogą dotyczyć osobistych właściwości jednostki, jak: zrównoważone mechanizmy biologiczne (np. zbilansowana biochemia mózgu, prawidłowe funkcjonowanie układu endokrynnego), pozytywny temperament, cechy osobowości sprzyjające dobremu rozwojowi, umiejętność rozwiązywania problemów, wysoki poziom inteligencji, optymalny poziom wrażliwości, dobre funkcjonowanie poznawcze, dojrzała duchowość, prawidłowa percepcja doświadczanych wydarzeń, przystosowawcze strategie radzenia sobie (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2011).

Mogą również odnosić się do środowiska zewnętrznego, jak np. dobry kontakt z niepijącym rodzicem, bliskie relacje z rodzeństwem, posiadanie autorytetów, mentorów, sieci wsparcia pozarodzinnego, posiadanie przyjaciół, dobre warunki socjoekonomiczne (Rustecka-Krawczyk, 2012). Być może niższy poziom patologii i dysfunkcjonalności w rodzinie, przy jednoczesnym posiadaniu pozytywnej struktury osobowości i rozbudowanej sieci wsparcia, sprawia, że jednostki z rodzin alkoholowych mogą cechować się wyższym poziomem prężności psychicznej, lepiej radzić sobie z przeciwnościami losu, zachowując się przy tym w sposób mniej autodestruktywny (Hall, 2007).

Ponadto osoby pochodzące z rodzin wysoce dysfunkcyjnych często stają się opiekunami dla swoich rodziców, zacierają się granice pomiędzy subsystemami rodzinnymi (Schier, 2015). Starają się być bardziej dorosłe i odpowiedzialne za życie rodzinne, aby zapobiec jej rozpadowi. Zjawisko to nosi miano parentyfikacji (Kościńska, 2011). Fakt wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej nie determinuje zatem wystąpienia deficytów oraz obniżenia zasobów zaradczych (Cierpiął-

kowska, 2007). Jednakże pytanie, czy osoby w okresie adolescencji ujawniające skłonność do zachowań autodestruktywnych, niezależnie od sytuacji rodzinnej, są mniej odporne psychicznie, czy siła negatywnych zdarzeń była tak duża, że skutkuje niższym poziomem adaptacji, pozostaje otwarte.

Niewątpliwie jednostki bardziej odporne są mniej narażone na patologię i tym samym mniej podatne na rozwiązywanie problemów w drodze zachowań autodestruktywnych. Z kolei jednostki autodestruktywne najczęściej doświadczały w swoim życiu wielu traumatycznych doświadczeń, przemocy fizycznej, psychicznej czy emocjonalnej i ich poziom odporności jest niewystarczający. Potwierdzają to badania nastolatków po próbach samobójczych (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, Giles, 2001a).

Uzyskane rezultaty badań dają się ująć w postaci następujących wniosków:

1. Młodzież z rodzin z problemem alkoholowym cechuje umiarkowany poziom prężności psychicznej i skłonności do zachowań autodestruktywnych.
2. Pomimo specyficznej i trudnej sytuacji dla prawidłowego rozwoju – młodzież ta stanowi grupę niejednorodną i pomiędzy badanymi istnieją różnice zarówno w poziomie prężności psychicznej, jak i nasileniu poziomu tendencji autodestruktywnych.
3. Badanych o wyższym poziomie skłonności do zachowań autodestruktywnych w porównaniu do osób o niższej autodestruktywności cechuje istotnie niższy poziom prężności psychicznej. Można tu mówić o negatywnej zależności pomiędzy tymi zmiennymi.
4. O poziomie funkcjonowania i przystosowania jednostki decyduje splot wielu różnych czynników ryzyka (m.in. wzrastanie w rodzinie z problemem alkoholowym), jak i czynników ochronnych (m.in. poziom odporności i zdolność do radzenia sobie).
5. Wychowywanie się w alkoholowym środowisku rodzinnym nie warunkuje tego, że rozwój młodzieży będzie zmierzał w kierunku patologii. Zarówno dotychczasowy

stan wiedzy, jak i wyniki badań wskazują na zadowalające możliwości adaptacyjne tej grupy młodzieży pomimo trudnych warunków życia i obciążeń psychicznych.

Piśmiennictwo

- Alfonso M., Dedrick R.E. (2010). Self-injury among Early Adolescents. *American Journal of Health Education*, 41 (2), 74–84.
- Babiker G., Arnold L. (2002). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: GWP.
- Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zyska i S-ka.
- Borucka A., Ostaszewski K. (2008). Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 587–597.
- Borucka A., Ostaszewski K. (2012). Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko Krzywdzone*, 40 (3), 7–26.
- Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 9–292.
- Cierpiątkowska L. (2007). Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 13 (1), 7–18.
- Couto M.C.P., Koller S.H., Novo R. (2011). Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience. *Ageing Int*, 36, 492–505.
- Danielson C.K., de Arellano M.A., Ehrenreich J.T., Suárez L.M., Bennett S.M., Cheron D.M., Goldstein C.R., Jakle K.R., Landon T.M., Trosper S.E. (2006). Identification of high-risk behaviors among victimized adolescents and implications for empirically supported psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(6), 364–83.
- Dąbkowska M. (2006). Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie jako czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego i dorosłości. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 6 (4), 203–210.
- Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. (2001a). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. *The Journal of American Medical Association*, 24, 3089–3096.
- Dube S.R., Anda, R.F., Felitti V.J., Croft J.B., Edwards V.J., Giles W.H. (2001b). Growing up with paren-

- tal alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 12, 1627–1640.
- Garnezy N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatrics*, 20, 459–466.
- Gąsior K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psycho społeczne i problemy psychiczne DDA*. Warszawa: Difin.
- Grzegorzewska I. (2011). *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2012). Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież z rodzin z leczącym się i pijącym ojcem alkoholikiem. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(1), 5–26.
- Hall J.C. (2007). *An Exploratory Study of the Role of Kinship Ties in Promoting Resilience Among African American Adult Children of Alcoholics*. The Haworth Press Inc, 61–78.
- Havighurst R.J. (1981). *Developmental Tasks and Education*. New York: Longman.
- Herzyk A. (2003). Toksyczny mózg. *Charaktery*, wrzesień, 28–30.
- Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Howe A., Smajdor A., Stöckl A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*, 46, 349–356.
- James B. (2003). *Leczenie dzieci po urazach psychicznych*. Warszawa: PARPA.
- Karasowska A. (2004). Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej. *Nadużywanie alkoholu a krzywdzenie dzieci*, 3 (8), 1–12. <http://fdn.pl/nr-3-8-2004-naduzywanie-alkoholu-krzywdzenie-dzieci>
- Kelley K., Byrne D., Przybyla D.P.J., Eberly C., Eberly B.R., Greendlinger V., Wan Ch.K., Gorsky J. (1985a). Chronic Self-Destructiveness: Conceptualization, measurement, and initial validation of the construct. *Motivation and Emotion*, 9 (2), 135–151.
- Kelley K., Cheung, F. M., Rodriguez-Carrillo, P., Singh, Wan, C. K., R., Becker, M. A. i Eberly, C. (1985b). Chronic Self-Destructiveness and Locus of Control in Cross-Cultural Perspective. *The Journal of Social Psychology*, 126 (5), 573–577.
- Kościalska M. (2011). *Odpowiedzialni rodzice*. Kraków: Impuls.
- Kubacka-Jasiecka D. (2006). *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kumpfer K.L., Summerhays J.F. (2006). Prevention Approaches to Enhance Resilience among High-Risk Youth. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 151–163.
- Lee T.Y., Cheung, C.K., Kwong, W.M. (2012). Resilience as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *Scientific World Journal*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353472/>
- Lelek A., Bętkowska-Korpała B., Jabłoński M. (2011). Lęk a obraz własnego ciała u kobiet dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia. *Psychiatria Polska*, 45 (5), 683–692.
- Mak W.W.S., Ng, I.S.W., Wong, C.C.Y. (2011). Resilience: Enhancing Well-Being Through the Positive Cognitive Triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58 (4), 610–617.
- Masten A.S., Coatsworth J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. *American Psychologist*, 53, 205–220.
- Masten A.S., Tellegen A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contribution of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24, 345–361.
- Masten A.S., Best K.M., Garnezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
- Mujeeb A., Zubair A. (2012). Resilience, Stress, Anxiety and Depression among Internally Displaced Persons Affected by Armed Conflict. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 9 (3), 20–26.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński, Z. (2011). Prężność u dzieci i młodzieży: Charakterystyka i pomiar – polska skala SPP-18. *Polskie Forum Psychologiczne*, 16 (1), 7–28.
- Oleś M. (2015). Resilience and quality of life in chronically ill youth. *Health Psychology Report*, 3(3), 220–236. doi: 10.5114/hpr.2015.53246.
- Oleś P.K. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Radziwiłłowicz W., Szadzińska B., Sulska E. (2006). Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny. Radziwiłłowicz W., Sumiła A. (red.), *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*, 123–169. Kraków: Oficyna Wydawnictwo IMPULS.
- Robinson B.E., Rhoden J.L. (2000). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Rustecka-Krawczyk A. (2012). W poszukiwaniu czynników chroniących młodzież z grupy ryzyka. *Dziecko Krzywdzone*, 40 (3), 46–61.

- Rutter M. (1980). *Changing youth in a changing society: Patterns of adolescent development and disorder*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rutter M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Rutter M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626–631.
- Sakson-Obada O. (2006). Autodestrukcja jako obro- na przed rzeczywistością niemożliwą do wypowiedzenia. Doznania somatosensoryczne u osób z tendencją do samookaleczeń. Suchańska A., Wycisk J. (red.), *Samouszkodzenia. Istota, Uwarunkowania, Terapia*, 119–127. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Simpson G., Jones K. (2012). How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury? *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367–377.
- Sher K.J. (2000). Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików. Zbucka L. (red.), *Badania nad dziećmi alkoholików. Alkohol a Zdrowie*, 164–183, nr 26, Warszawa: PARPA.
- Schier K. (2015). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Suchańska A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Suchańska A. (2001). W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompeten- cje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe*, 2, 25, 61–73.
- Sztander W. (2006). *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W., Lewik-Tsirigotis M., Kruszyna, M. (2011). Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobój- czych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11 (2), 83–91.
- van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 12, 1665–1671.
- Walker J.P., Lee R.E. (1998). Uncovering Strengths of Children of Alcoholic Parents. *Contemporary Family Therapy*, 20 (4), 521–538.
- Weismore J.T., Esposito-Smythers C. (2010). The Role of Cognitive Distortion in the Relationship Between Abuse, Assault, and Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Youth & Adolescence*, 39 (3), 281–290.
- Werner E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72–81.
- Windle M. (2000). Stan badań nad dziećmi alkoholi- ków: aktualne koncepcje i problemy. Zbucka L. (red.), *Badania nad dziećmi alkoholików. Alkohol a zdrowie*, 10–25, nr 26, Warszawa: PARPA.