

# Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne

Lidia Cierpiałkowska\*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

## CHILDREN OF ALCOHOLICS IN VIEW OF A DEVELOPMENTAL MODEL OF SUSCEPTIBILITY AND RESISTANCE TO PSYCHIC DISORDERS

**The development of concepts and models of research concerning the influence of parents' (a parent's) alcoholism on children's development gives a more accurate knowledge of their biological and social condition in different stages of life. Research outcomes based on inter- group (children of alcoholics and non-alcoholics) and intra-group comparisons corroborate the hypothesis that developmental pathways of these children lead either to health or to psychological disorders. Models of developmental psychopathology and models of resistance to disorders attempt to specify the interaction of risk factors and resistance resources which determine these children's development in the second and third decade of their lives. The knowledge from scientific research outlines a different picture of their psychic qualities and social functioning from the one that has been popularized for decades by clinical practitioners in their popular science publications.**

Wraz z rozwojem koncepcji i modeli badań nad wpływem alkoholizmu rodziców (rodzica) na rozwój dzieci uzyskujemy trafniejszą wiedzę o ich kondycji biopsychospołecznej w różnych okresach życia. Wyniki badań naukowych opartych na porównaniach międzygrupowych (dzieci alkoholików i niealkoholików) i wewnątrzgrupowych potwierdzają hipotezę, że ścieżki rozwoju tych dzieci podążają albo w kierunku zdrowia, albo w kierunku zaburzeń psychicznych. Modele psychopatologii rozwojowej i modele odporności na zaburzenia próbują określić rodzaj interakcji czynników ryzyka i zasobów odpornościowych wyznaczających rozwój tych dzieci w drugiej i trzeciej dekadzie życia. Wiedza pochodząca z badań naukowych przynosi inny obraz ich właściwości psychicznych i funkcjonowania społecznego od tego, który od lat rozpowszechniają praktycy kliniczni w opracowaniach popularno-naukowych.

### WPROWADZENIE

Aktualna wiedza o dzieciach alkoholików pochodzi z trzech źródeł: (1) od terapeutów i praktyków klinicznych, którzy pomagają im w wielu problemach na różnych etapach życia; (2) od dorosłych dzieci alkoholików, którzy lecąc się w grupach Dorosłych Dzieci Alkoholików i/lub pracując na rzecz dzieci o podobnej do siebie historii życia, nabywają doświadczenia i dzielą się nim, publikując wspomnienia i poradniki oraz (3) z badań naukowych.

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Lidia Cierpiałkowska, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 60-598 Poznań.

e-mail:lcier@amu.edu.pl

O ile pierwsze dwa źródła donoszą o bardzo podobnych wzorcach i sposobach psychospołecznego funkcjonowania tych dzieci, o tyle profil psychometryczny wyłaniający się z trzeciego źródła, czyli badań naukowych różni się od dwóch pozostałych w istotnym stopniu. Można wręcz odnieść wrażenie, że istnieją dwie grupy dzieci alkoholików: te opisywane przez uznane w środowisku kliniczno-terapeutycznym autorytety, jak S. Wegscheider (1981), S. Brown (1999) czy B. Robinson i J. Rhoden (2000) oraz, te charakteryzowane przez wyniki badań naukowych, które z ogromną starannością metodologiczną przeprowadzili tacy badacze, jak K. Sher, (2000, 2003), T. Jacob i współpracownicy (1999) czy Johnson i Sher (1991). Łatwo zauwa-

żyć, że w polskim społeczeństwie dominują opinie i przekonania o dzieciach alkoholików wywodzące się głównie z opisów zamieszczonych w publikacjach popularno-naukowych, w których prezentuje się dość uproszczoną, często czarno-białą charakterystykę ich funkcjonowania. Wyniki badań naukowych, które nie potwierdzają opisywanych syndromów klinicznych bądź pokazują istotne rozbieżności między społecznymi przekonaniami a odkrywaną rzeczywistością są często traktowane jako mało trafne i nierzetelne. Dzieci alkoholików to grupa osób, wokół której narosło chyba najwięcej mitów, a społeczeństwo stworzyło mnóstwo różnych stereotypów, w dodatku często rozpowszechnianych przez praktyków klinicznych. Jeśli dziecko jest z rodziny z problemem alkoholowym, to z góry wiadomo, jakie będzie miało problemy i jakim oddziaływaniom profilaktycznym czy terapeutycznym powinno podlegać.

Powodów tego stanu rzeczy jest wiele, choć za najistotniejsze uznaję te, które są związane z obawą przed pozbawieniem rodzin z problemem alkoholowym oraz wywodzące się z nich dzieci społecznego wsparcia czy to w postaci finansowej, czy socjoterapeutycznej. Jest to bowiem w pewnym zakresie grupa „uprzywilejowana”, zajmująca wysoką pozycję w hierarchii wszystkich grup „upośledzonych” społecznie lub przedsięwzięć środowiskowych, które ustawowo powinny być finansowane z pieniędzy publicznych. Wieloletnia walka – przy użyciu argumentów z kręgu psychopatologii – o uznanie alkoholików za ludzi chorych psychicznie (a nie za „wyrzutków społecznych”), a ich współmałżonki i dzieci za osoby współzależnione spowodowała, że każda próba ich pokazania od innej strony niż klinicznej jest przyjmowana jako swoisty zamach na uzyskany już status<sup>1</sup>.

Dzieci alkoholików powszechnie uznaje się za grupę wysokiego ryzyka wystąpienia różnych zaburzeń psychicznych czy to z kręgu internalizacji, czy eksternalizacji problemów natury psychicznej. Tym samym pominięto osoby, które choć pochodzą z takich rodzin odznaczają się całkiem dobrą kondycją psychiczną i wysokim poczuciem jakości życia. Z perspektywy dalszych dociekań nad

uwarunkowaniami ścieżek rozwoju dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wydaje się niezmiernie ważne stworzenie **modelu psycho(pato)logii rozwoju**, uwzględniającego złożone interakcje czynników ryzyka i zasobów podmiotowych i środowiskowych, które prowadzą do zdrowia lub zaburzeń psychicznych na różnych etapach ich życia. Istniejące dotąd modele psychopatologii rozwojowej i prowadzone na ich podstawie badania empiryczne przynoszą bardzo ciekawe rezultaty, ponieważ pokazują, że nie ma prostych związków pomiędzy uwarunkowaniami biologicznymi i środowiskowymi a pojawieniem się psychopatologii u dzieci. Przedstawiona poniżej analiza modeli i rezultatów badań empirycznych przeprowadzonych na dzieciach alkoholików pokazuje jak ewaluowały koncepcje psychopatologii rozwojowej i jakie stąd płyną wnioski dla tworzenia nowych modeli badawczych i efektywnych programów profilaktycznych.

#### REZULTATY PORÓWNAŃ MIĘDZYGRUPOWYCH: DZIECI ALKOHOLIKÓW I NIEALKOHOLIKÓW

W celu określenia wpływu rodziny z problemem alkoholowym na rozwój dzieci w różnych okresach życia prowadzi się badania o charakterze retrospektywnym, prospektywnym i longitudinalnym. Choć każda z wymienionych procedur badawczych budzi wątpliwości co do trafności uzyskanych wyników, to najczęściej słów krytyki kieruje się wobec badań retrospektywnych, a najmniej w stosunku do badań longitudinalnych. Dla określenia wielkości wpływu rodziny na rozwój mechanizmów zdrowia lub zaburzeń można posłużyć się albo procedurą porównań międzygrupowych, głównie dzieci alkoholików z dziećmi niealkoholików, albo porównań wewnątrzgrupowych. W tych ostatnich badaniach uwaga badaczy koncentruje się na porównaniach dzieci alkoholików z różnymi problemami psychicznymi z dziećmi alkoholików dobrze przystosowanymi, które nie tylko realizują oczekiwania społeczne, ale także potrafią zaspokajać swoje potrzeby i dążenia. Porównuje się, na przykład dorosłe dzieci przejawiające tendencje do nadużywania alkoholu i pijące okazjonalnie (McGue, 2000, 2003), albo internalizujące i eksternalizujące problemy (Ostaszewski, 2003), a ostatnio także osiągające i nie realizujące zadań rozwojowych na różnych etapach życia: od okresu przedszkolnego do adolescencji (por. Cierpiałkowska, Ziarko, 2006).

Na podstawie przeglądu wyników badań porównawczych pomiędzy dziećmi rodziców alkoholików i niealkoholików można sformułować trzy różne twierdzenia o ich podatności na wystąpienie zacho-

<sup>1</sup> „Uklinicznienie” tej grupy osób posunęło się tak daleko, że w literaturze amerykańskiej, a co za tym idzie i polskiej nazwę dzieci pochodzących z tych rodzin pi+++sze się używając dużej litery, dla podkreślenia ich specyfiki klinicznej. Właśnie dlatego pisze się Dorosłe Dzieci Alkoholików, choć nikomu nie przychodzi do głowy żeby pisać, na przykład Dorosłe Dzieci Neurotyków czy Dorosłe Dzieci Psychopatów, a przecież i ci rodzice i rodziny są źródłem podobnych stresów, jak rodzice alkoholicy.

wań problemowych i zaburzeń psychicznych. Po pierwsze, dorosłe dzieci alkoholików (DDA) wykazują wyższy poziom różnych symptomów zaburzeń psychicznych niż dorosłe dzieci niealkoholików (n-DDA) (por. West, Prinz, 1987; Jacob, Windle, Seilhamer, Bost, 1999). Po drugie, nieletni synowie alkoholików w porównaniu z rówieśnikami uzyskują wprawdzie ogólnie gorsze wyniki w każdym z wymiarów osobowości, ale jednocześnie wszystkie z nich mieszczą się w granicach normy (Whipple, Noble, 1991) lub nie mają charakteru specyficznego w porównaniu z chłopcami z innych rodzin dysfunkcyjnych (przegląd badań Harter, 2000). Po trzecie, dorosłe dzieci alkoholików nie różnią się istotnie statystycznie od dorosłych dzieci niealkoholików w zakresie takich dysfunkcji psychicznych, jak: (a) stopnia zamartwiania się, męczliwości, niepokoju i koncentrowania się na objawach psychosomatycznych; (b) poziomu nierealistycznego sposobu spostrzegania siebie i innych; (c) stopnia przeceniania swoich zdolności i możliwości czy w końcu (d) wielkości pozytywnych oczekiwań wobec alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (Cuijpers, Langendoen, Bijl, 1999; Jacob, Windle, Seilhamer, Bost, 1999). Okazuje się zatem, że choć niektóre wyniki badań wskazują na istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie zmiennych osobowościowych, to nie osiągają one poziomu istotności klinicznej, pozwalającej na ich umieszczanie w innym miejscu na dymensji zdrowie *vs* zaburzenia psychiczne.

W porównaniach międzygrupowych zebrano dowody na to, że dorosłe dzieci alkoholików należą do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nadużywania alkoholu w dorosłym życiu. Wyniki wielu badań wskazują na podobne proporcje nadużywania alkoholu mężczyzn-DDA w stosunku do mężczyzn-nDDA oraz kobiet-DDA i kobiet-nDDA. Wskaźniki proporcji w grupie mężczyzn wynoszą: 1.6:1 w badaniach Sher i współ. (1991), 1.4:1 w porównaniach Russella (1990) i 1.6:1 w badaniach Jacoba i współ. (1999), natomiast w grupie kobiet: 4.7:1 (Sher, i in., 1991), 3.5:1 (Russell, i in., 1990) i 5.7:1 (Jacob, i in., 1999). Na podstawie uzyskanych rezultatów można sformułować dwa wnioski. Po pierwsze, ewentualne ryzyko uzależnienia jest większe w grupie kobiet-DDA niż grupie mężczyzn-DDA; po drugie, kobiety mogą być bardziej podatne, jeśli chodzi o wzorce picia, na oddziaływania środowiska rodzinnego niż mężczyźni, którzy spotykają się z większym przyzwoleniem społeczno-kulturowym, co do używania alkoholu (Jennison, Johnson, 2001). Te rezultaty pozostają sprzeczne z badaniami nad typami alkoholików Cloningera (1987a).

## **REZULTATY PORÓWNAŃ WEWNĄTRZGRUPOWYCH: MODELE PSYCHOPATOLOGII ROZWOJOWEJ**

Większe nadzieje na wyjaśnienie mechanizmów kształtowania się zdrowia lub zaburzeń psychicznych u dzieci alkoholików pokładano w procedurze badań, polegającej na porównaniach wewnątrzgrupowych. Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat podstawy teoretyczne i poziom złożoności schematów badawczych tak dalece się zmieniły, że aktualnie można wyodrębnić trzy modele teoretyczno-empiryczne, w odmienny sposób weryfikujące znaczenie rodziny alkoholowej w genezie zdrowia i zaburzeń psychicznych. Za najważniejsze kryteria pozwalające na wskazanie różnic między modelami badawczymi uznałam trzy kwestie. Po pierwsze, przyjęcie lub odrzucenie przesłanki, że rodziny z problemem alkoholowym pod wieloma względami nie są środowiskiem homogenicznym, bowiem różnią się poziomem nasilenia niespecyficznego (nie związanych z alkoholizmem) i specyficznego (związanych z alkoholizmem) deficytów i trudności związanych z pełnieniem roli rodzica. Po drugie, uwzględnianie przez badaczy w strukturze zmiennych wyjaśniających nie tylko czynników ryzyka, ale również zasobów podmiotowych, rodzinnych oraz pozarodzinnych. Wreszcie po trzecie, przyjęcie założenia, że rodzaj i wielkość udziału czynników ryzyka i zasobów w genezie zdrowia i zaburzeń psychicznych zmienia się na różnych etapach życia. Prawdopodobnie inne czynniki podmiotowe i społeczne, jak pokazują między innymi badania Rose i Dicka (2004/2005), decydują o pojawieniu się problemów psychicznych w drugiej i w trzeciej dekadzie życia dzieci alkoholików.

Pierwszy z modeli badawczych można określić **modelem deterministycznym**, ponieważ próbowano w nich wskazać na ścieżki rozwoju patologii od dzieciństwa po okres wczesnej dorosłości. W prowadzonych badaniach przyjmuje się założenie, że dzieci z rodziny z problemem alkoholowym na każdym etapie życia są narażone na wystąpienie problemów i zaburzeń psychicznych zarówno ze względu na obciążenie biologiczne, jak i środowisko rodzinne. Sprawdzano jedynie czy ryzyko wystąpienia zaburzeń u tych dzieci charakteryzuje się tzw. ciągłością homotypową (*homotypic continuity*), czyli pojawianiem się symptomów tej samej klasy zaburzenia w różnych okresach życia (np. zaburzeń lękowych czy różnych postaci zachowań aspołecznych), czy ciągłością heterotypową (*heterotypic continuity*), czyli różnymi zaburzeniami w kolejnych okresach życia. Aktualnie hipotezy te sprawdzane są także

w badaniach nad populacją dzieci z rodzin o różnych w obszarze zdrowia psychicznego problemach (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt i in., 2003; Wiener, Rybakowski, 2006).

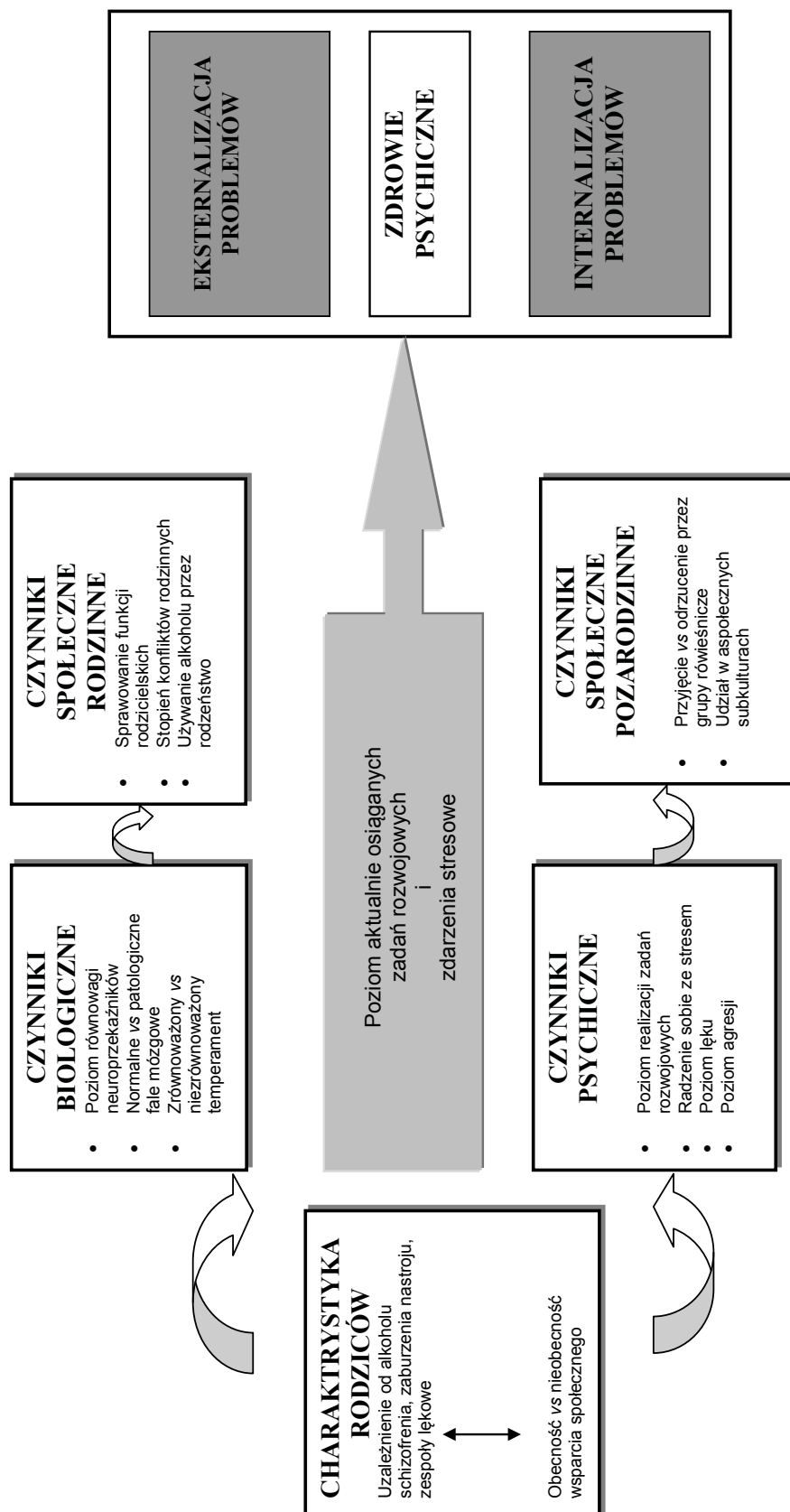
Jak pokazały badania retrospektywne, oparte na procedurze porównań wewnątrzgrupowych, dorosłe dzieci ojców alkoholików, zwłaszcza synowie znajdują się w szczególnie niebezpiecznej sytuacji, bo są w grupie wysokiego ryzyka zachorowania na alkoholizm typu II, tj. uwarunkowanego biologicznie (por. Cloningera 1987a, b), natomiast córki zapadną prawdopodobnie na zaburzenia typu lękowego i/lub zespoły zaburzeń nastroju (por. Berkowitz, Perkins, 1988; Tsirigotis, Gruszczyński, 2001). Takie rezultaty badań skłaniały do poszukiwania problemów natury psychicznej poprzedzających alkoholizm u dorosłych synów oraz zaburzenia emocjonalne u dorosłych córek alkoholików. Wyniki badań wskazywały, że w linii męskiej ten łańcuch następujących po sobie zaburzeń zachowania przedstawia się następująco: trudny, niezrównoważony temperament dziecka → nadpobudliwość psychoruchowa (z deficytem uwagi lub bez deficytu) → zaburzenia opozycyjno-buntownicze i/lub zaburzenia kontroli zachowania → w końcu osobowość antyspołeczna współwystępująca z alkoholizmem typu II (Kessler, Nelson, McGonagle, i in., 1996; Caspi, Moffitt, Newman, Silva, 1996). Pomimo wielu badań nie potwierdzono żadnego powtarzającego się następstwa problemów natury psychicznej u dziewczynek (Harter, 2000).

Badacze coraz wyraźniej formułowali założenie, że rodziny alkoholików nie są homogeniczne, a w dodatku ich wpływ może być w istotnym stopniu modyfikowany przez środowisko pozarodzinne. Wtedy pojawiły się nowe modele badań empirycznych, w którym uwzględniano nie tylko czynniki ryzyka, ale również ewentualne zasoby, które mogły minimalizować negatywny wpływ deficytów i frustracji, wynikających z oddziaływań rodziny z problemem alkoholowym. Drugi okres badań zarysowuje się wówczas, gdy powstają **indeterministyczne modele psychopatologii rozwojowej**, w których dostrzega się znaczenie interakcji czynników ryzyka i zasobów, nie tylko rodzinnych ale także pozarodzinnych na kolejnych etapach życia dziecka dla pojawienia się różnych problemów psychospołecznych. Klasycznym przykładem takiego sposobu myślenia jest model podatności na stres M. Windle'a i Daviesa (2003; Windle, 2000), który opiera swoją koncepcję na założeniach modelu psychopatologii rozwojowej D. Cicchetti'ego i F. Rogoscha (1999, 2002a, 2002b, 2004). Modele te wychodzą z podstawowych założeń przyjętych w podejściach systemo-

wych i opierają się przede wszystkim na zasadzie ekwifinalności i ekwipotencjalności. Zasada ekwipotencjalności wskazuje, że te same zaburzenia mogą być spowodowane inną konfiguracją wzajemnych związków między występującymi u jednostki zasobami i zagrożeniami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi, natomiast zasada ekwifinalności utrzymuje, że podobny splot wzajemnych związków między tymi czynnikami na różnych etapach życia może prowadzić do uaktywnienia mechanizmów zdrowia lub zaburzeń psychicznych. Dzięki tym indeterministycznym założeniom pojawiły się badania pokazujące możliwości rozwoju dzieci alkoholików w różnych kierunkach, zarówno zdrowia, jak i zaburzeń psychicznych.

W modelu wrodzonej podatności na stres dzieci alkoholików Windler i Davies (2003) wskazują na cztery grupy czynników ryzyka: biologiczne, psychiczne, społeczne rodzinne i pozarodzinne oraz normatywne i nienormatywne zdarzenia stresowe, które pozostają we wzajemnych, dynamicznych związkach w procesie kształtowania się u tych dzieci zdrowia lub zaburzeń i problemów natury psychicznej. Każdy z tych czynników może przyjąć postać zasobu, który spełnia funkcje ochraniające, modyfikując wpływ czynników ryzyka. Prawdopodobnie specyficzna interakcja czynników ryzyka i zasobów wpływa na powstanie dwóch różnych dezadaptacyjnych mechanizmów intrapsychicznych, polegających na eksternalizacji (uzewnętrznianiu) lub internalizacji (uwewnętrznianiu) problemów. Wyniki badań wskazują, że eksternalizacja problemów (np. wagarowanie, zachowania opozycyjno-buntownicze, zaburzenia kontroli zachowania, zaburzenia socjalizacji) współwystępuje z uzależnieniem pojawiającym się już w okresie adolescencji, natomiast zjawisko internalizacji problemów (np. zaburzenia lękowe, zespoły depresyjne, poczucie alienacji) pozostaje w związku z uzależnieniem ujawniającym się u jednostki w późniejszym okresie życia (Molina, Chassin, Curran, 1994; Sher, Trull, Bartholow, Vieth, 2003).

W modelach psychopatologii rozwojowej nie ustają poszukiwania empiryczne, których celem jest wyjaśnienie znaczenia różnych cech osobowości jako istotnych zmiennych pośredniczących między niewydolnym wychowawczo środowiskiem rodzinnym a ryzykiem picia/brania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Do najważniejszych cech i właściwości zalicza się tzw. trudny temperament, deficyty poznawcze oraz oczekiwania, co do skutków picia/brania środków psychotropowych (Cooper, i in., 1994; Jacob, Windle, Seilhamer, Bost, 1999; Hill, Shen, Lowers, Locke, 2000). Czynniki



Rys. 1. Perspektywa psychopatologii rozwojowej – działanie systemu czynników jednostkowych, rodzinnych i pozarodzinnych a zdrowie i zaburzenia psychiczne (opracowano na podstawie Windle, Searles, 1990; Cichetti, Rogosch, 2002)

osobowościowe pośredniczące w używaniu alkoholu to: 1) neurotyczność – uczuciowość negatywna; 2) impulsywność – odhamowanie, 3) ekstrawersja – towarzyskość. Istotne, z perspektywy wielu badań empirycznych dla pojawienia się zachowań związanych z piciem i braniem, okazały się z jednej strony wysoki neurotyzm, niski poziom ugodowości oraz wysoki poziom lęku, z drugiej zaś wysoka impulsywność, poszukiwanie wrażeń, agresywność i psychotyczność (Sher, 2000; Sher, Trull, Bartholow, Vieth, 2003; Windle, 2000). Jak łatwo zauważyć badania te w inny sposób potwierdzają hipotezę o dwóch ścieżkach prowadzących do powstania problemu związanego z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu, tj. ścieżki eksternalizacji, powiązanej z impulsywnością i odhamowaniem oraz ścieżki internalizacji, powiązanej z neurotyzmem i wysokim poziomem lęku.

Kolejną wskazywaną w rozwojowych modelach psychopatologii dzieci i młodzieży grupą czynników osobowościowych istotnych dla pojawienia się ryzyka uzależnienia są oczekiwania wobec skutków picia/brania. Oczekiwania ewoluują w cyklu życia – od negatywnych związanych z nieprzyjemnymi i antyspołecznymi skutkami picia w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym, do pozytywnych, związanych z oczekiwaniem redukcji napięcia oraz polepszenia funkcjonowania poznawczego i społecznego, w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości. Większość badań wskazuje, że nie ma istotnych różnic między dziećmi alkoholików i niealkoholików, na różnych etapach życia, w zakresie oczekiwań wobec substancji psychoaktywnych (Cooper, Frone, Russel, Mudar, 1995; Goldberg, Halpern-Felsher, Millstein, 2002; Goldman, Del Boca, Darkes, 2003).

W badaniach nad rodzinami dysfunkcyjnymi, które są oceniane w modelach psychopatologii rozwojowej jako środowisko wysoce predysponujące do pojawienia się u dzieci problemów natury psychicznej, należy odróżnić specyficzne zakłócenia w sprawowaniu funkcji rodzicielskich, wynikające bezpośrednio z choroby rodzica od zakłóceń niespecyficznych, będących konsekwencją występowania wielu innych niesprzyjających czynników w rodzinie. Te niespecyficzne aspekty związane są ze stylem sprawowania przez nich funkcji rodzicielskich, natomiast specyficzne z cechami będącymi bezpośrednimi i pośrednimi skutkami alkoholizmu dla rodziny i związku małżeńskiego. Rodzice alkoholicy to bardzo heterogeniczna grupa różniąca się w istotnym stopniu nie tylko sposobem sprawowania funkcji rodzicielskich, ale również wielkością i różnorodnością specyficznych zdarzeń stresowych,

które wynikają z alkoholizmu, jak na przykład: wielkością agresji, przemocy czy zaniedbania dzieci. Analiza literatury opisującej znaczenie rodziny w procesie rozwoju dziecka pozwala na sformułowanie dwóch wniosków: po pierwsze, interakcja rodzic – dziecko jest zdeterminowana przez dwa główne wymiary rodzicielstwa, tj. opiekowanie się, czyli ciepło i wsparcie oraz kontrolę, czyli nadzór i dyscyplinę; po drugie, zmienne rodzinne, takie jak: usposobienie rodziców, ich wzajemne relacje, relacje z rodzeństwem oraz kontekst społeczno-kulturowy, w jakim rodzina funkcjonuje, wyznaczają interakcje między rodzicem a dzieckiem. Badania empiryczne dowodzą, że rodzice alkoholicy i niealkoholicy różnią się w zakresie sprawowania funkcji rodzicielskich, szczególnie w obszarze udzielanego dzieciom wsparcia i sprawowanej kontroli (por. Kim, Hetherington, Reiss, 1999, Zucker, Ellis, Bingham, Fitzgerald, 2000; Cierpiałkowska, 2003; Rodak, 2006; Grzegorzewska, 2006).

Czynniki pozarodzinne to przede wszystkim oddziaływanie rówieśników i rodzeństwa. Generalnie stwierdza się, że przynależność do grupy, w której następuje łamanie prawa czy to pod postacią opozycyjno-buntowniczych zachowań, czy to w formie kradzieży i chuligaństwa znacznie zwiększa predyspozycje do nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Stwierdzono też istotny związek między sposobem picia/brania przez starszego brata a poziomem używania przez młodszego (por. (Jennison, Johnson, 2001; Pisarska, Borecka, Okulicz-Kozaryn, Bobrowski, 2005).

Doświadczenia w kontaktach z grupą rówieśniczą mogą być kluczowe dla rozwoju dziecka, zwłaszcza przeżycia związane z przyjęciem lub odrzuceniem (wykluczeniem) przez grupę rówieśniczą. Młodzież, która nie ma więzi z rodziną czy rówieśnikami, odgrywającymi ważną rolę w procesie socjalizacji jest szczególnie narażona na wpływy grup dewiacyjnych. Brak więzi z przedstawicielami konwencjonalnego społeczeństwa powoduje u ludzi młodych znaczne trudności we właściwym przebiegu procesu identyfikacji z normami i wartościami osłabiającymi negatywny wpływ dewiacyjnych grup rówieśniczych. Z jednej strony silna potrzeba przynależności, z drugiej brak więzi z osobami bliskimi powodują, że atrakcyjną staje się narkomańska subkultura młodzieżowa (Mc Whirter i in., 2001).

Prowadzone od lat badania nad weryfikacją czynników wskazywanych za istotne w modelu psychopatologii rozwojowej pokazują, że ważne znaczenie dla modyfikowania ścieżek rozwoju zdrowia i zaburzeń psychicznych może mieć poziom

osiąganych przez dzieci na różnych etapach życia zadań rozwojowych (Cierpiałkowska, Ziarko, 2006; Grzegorzewska, 2006; Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2007).

## ROZWOJOWY MODEL ZDROWIA I ODPORNOŚCI NA ZABURZENIA

Rezultaty badań longitudinalnych nad dziećmi z różnych grup ryzyka Garmezy (1984, za: Benard, 1991) pokazywały, że znaczna ich część wyrastała na ludzi zdrowych psychicznie, kompetentnych czy przystosowanych społecznie (por. przegląd Benard, 1991, 1998; Masten, Powell, 2003; Zucker, 2007). W literaturze pojawia się pojęcie dzieci odpornych<sup>2</sup> (*resilient children*) i badania, które zmierzają do odkrycia albo zasobów osobowościowych definiowanych jako zdolność do opierania się, „wytrzymywania” naporu działania różnych czynników stresowych, albo ogólnych zasobów wykorzystywanych w procesie efektywnego przezwyciężania negatywnych wydarzeń życiowych i utrzymania kierunku rozwoju. W konsekwencji, badania podążają w dwóch kierunkach, jedno zmierzają do odkrycia *resilience*<sup>3</sup>, czyli istoty dynamicznego procesu, pozytywnej adaptacji w obliczu stresu; drugie ujawnienia *resiliency*, czyli indywidualnych właściwości jednostki umożliwiających utrzymanie zdrowia psychicznego pomimo niesprzyjających warunków życia. Warunkiem koniecznym dla rozważań w kategoriach *resilience* i *resiliency* jest to, że osoba znajduje się pod wpływem znaczącego stresu o charakterze jednostkowym lub przewlekłym, zachowując zdrowie psychiczne i osiągając ważne w tym okresie zadania rozwojowe (Luthar, Cichetti, Becker, 2003; por. też Cierpiałkowska, Sęk, 2006). Koncepcje te pozwalają na ponowne postawienie bardzo istotnego pytania z perspektywy psychologii zdrowia i psychologii klinicznej czy uwarunkowania i mechanizmy kształtowania się zdrowia są podobne u dzieci wychowujących się w warunkach optymalnych i dzieci znajdujących się pod wpływem

wydarzeń stresowych, wymagających codziennego radzenia sobie z nimi. Umożliwiają też wyraźniejsze postawienie pytania o źródła i mechanizmy powrotu do zdrowia osób, które w okresie adolescencji cierpiały z powodu różnych zaburzeń psychicznych, na przykład zaburzeń lękowych czy depresyjnych, a nie ujawniają żadnych problemów natury psychicznej w okresie dorosłości.

Koncepcje czynników ochronnych i zasobów początkowo bardziej koncentrowały się na pozytywnych aspektach osobowości i środowiska, w których upatrywano źródła zdrowia i poczucia jakości życia (Antonovsky, 1995; Hobfoll, 2006; Sęk, 2005), a dopiero później próbowano je wykorzystywać w tworzeniu modeli i badań empirycznych nad radzeniem sobie ze stresem traumatycznym i stresem życia codziennego. Z tych ostatnich badań wynika, że zasoby jednostkowe i środowiskowe mogą w znaczącym stopniu modyfikować znaczenie czynników ryzyka i wpływać na pobudzenie mechanizmów efektywnego radzenia sobie z traumą (Bonnano, 2004; Nadolska, Sęk, 2007).

Dokonując przeglądu wielu koncepcji i wyników badań empirycznych nad cechami i właściwościami dzieci odpornych B. Benard (2004, Bernard i in., 1999) stwierdziła, że można je pogrupować na cztery główne kategorie, odznaczające się dość dużą złożonością:

- 1) Kompetencje społeczne. W tej grupie znajdują się takie cechy, jak: (a) responsywność, która polega na umiejętności wywoływania i zdobywania pozytywnej reakcji ze strony innych ludzi, (b) efektywne kontaktowanie się z innymi, umożliwiające przeforsowanie swoich racji czy budowanie relacji z innymi, (c) empatia przejawiająca się wrażliwością na doznania innych, (d) zdolność wybaczenia sobie i innym, i altruizm, pozwalający na robienie dla innych tego, czego oni potrzebują.
- 2) Umiejętności i różnorodne sposoby rozwiązywania problemów. Do grupy tej wchodzi: (a) planowanie współwystępujące z możliwościami uaktywnienia samokontroli, (b) elastyczność polegająca na zdolności do dostrzeżenia alternatyw i próbowania różnych strategii rozwiązywania problemów, (c) pomysłowość i zaradność, między innymi w dostrzeżeniu zewnętrznych lub zastępczych wsparcia, (d) zdolność do krytycznego myślenia i monitorowania własnych zachowań.
- 3) Autonomia. Zalicza się do tej grupy takie właściwości, jak: (a) wewnętrzne poczucie kontroli i skutecznego wpływu na własne życie,

<sup>2</sup> O osobowości odpornej (*hardiness*) pisała już na początku lat osiemdziesiątych S. Kobasa (1982: za Nadolska, Sęk, 2007), która wyróżniła trzy cechy poznawczych procesów osób odpornych: doświadczanie stresu w kategoriach wyzwania, zaangażowanie w realizację celów uznawanych za sensowne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli.

<sup>3</sup> W psychologii zdrowia i psychologii klinicznej odporność na przeciwności losu, zdarzenia stresowe nie jest zjawiskiem nowym, ponieważ pojawiało się już wcześniej w różnych koncepcjach zdrowia. Przegląd historii i statusu tego pojęcia w literaturze psychologicznej dokonują K. Nadolska i H. Sęk (2007).

(b) pozytywne poczucie tożsamości wynikające ze zdolności do samodzielnego myślenia i działania, (c) adaptacyjne dystansowanie się wobec przekazów na temat życia i własnej osoby w rodzinie alkoholowej, (d) samoświadomość i (e) poczucie humoru.

- 4) Poczucie celu i sensu. W tej grupie znajdują się: (a) orientacja na cel i motywacja do osiągnięć w nauce lub pracy zawodowej, (b) zainteresowania i kreatywna wyobraźnia, (c) optymizm i nadzieja, powiązana z pozytywnymi emocjami, (d) duchowość i poczucie koherencji.

Korzystając z założeń Compassa i współl. (1995) o możliwościach zmiany kierunku rozwoju dzieci i młodzieży w zależności od konfiguracji czynników ryzyka i ich odporności można przyjąć, że na każdym etapie ich życia mogą się uaktywnić procesy odpowiedzialne albo za pojawienie się niektórych zaburzeń psychicznych, albo zjawisk prowadzących do zdrowia. Ponieważ liczne badania pokazują, że dla ujawnienia się psychopatologii u dzieci alkoholików najważniejsze są dwa okresy rozwojowe, tj. druga i trzecia dekada życia, dlatego to one koncentrują szczególną uwagę badaczy (por. Rose, Dick, 2004/2005). Druga dekada dlatego, że jest to specyficzny okres rozwoju, w którym jednostka podejmuje próby przechodzenia od zależności do większej niezależności, koncentruje się na poszukiwaniu własnej tożsamości i konfrontuje swoje oczekiwania i ambicje z możliwościami ich zaspokojenia w otaczającej rzeczywistości. Te wyzwania rozwojowe są źródłem wielu niepokojów i napięć, splatają się często z pierwszymi pozytywnymi lub negatywnymi doświadczeniami wynikającymi z eksperymentowania z różnymi substancjami psychoaktywnymi. Trzecia dekada natomiast może przynosić zmiany w zachowaniach alkoholowych, które mogą mieć charakter nadużywania (szkodliwego) picia w kierunku bardziej umiarkowanego i kontrolowanego. W okresie wczesnej dorosłości jednostka podejmuje nowe zadania rozwojowe, które w istotnym stopniu mogą modyfikować dotychczasowe sposoby picia. Szczególne znaczenie przypisuje się dwóm zadaniom, tj. ustabilizowaniu związków partnerskich i podjęciu kariery zawodowej. Hipotezy o znaczeniu podejmowanych w tej dekadzie życia zadań rozwojowych były sprawdzane już wcześniej w kontekście badań nad transmisją międzypokole-

niową alkoholizmu<sup>4</sup>. Ich rezultaty pokazywały na możliwości zmiany trajektorii rozwoju alkoholizmu u synów alkoholików w zależności od wprowadzenia w życie rodziny prokreacyjnej codziennych i świątecznych rytyn i rytuałów (Benett, Wolin, McAvity, 1988; Benett, Wolin, 1990; Świtała, 2005).

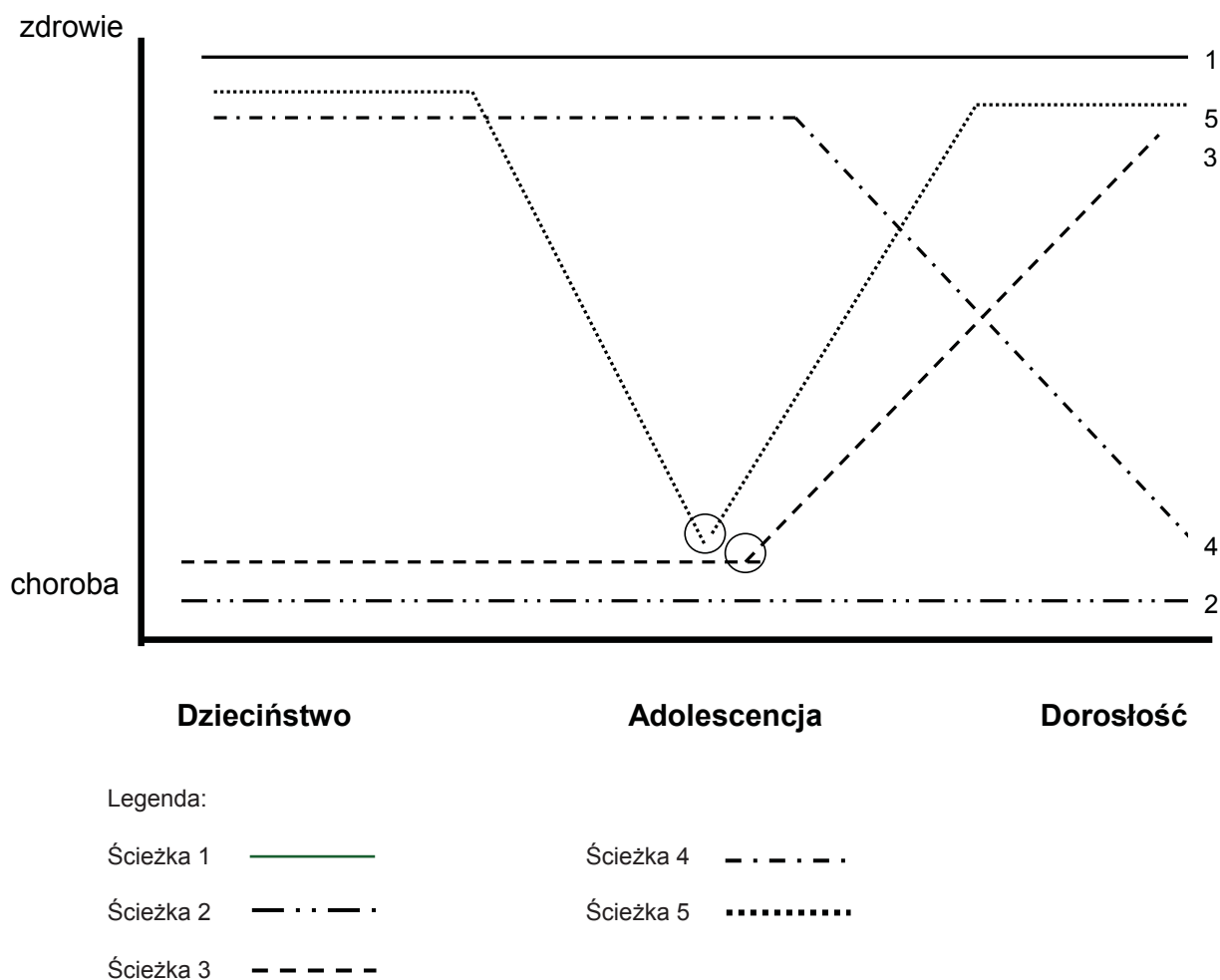
Zachodzące w drugiej lub trzeciej dekadzie życia dzieci alkoholików interakcje między czynnikami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi o charakterze ryzyka i zasobów odpornościowych, jak pokazuje Rys. 1, mogą uaktywniać jeden z czterech różnych procesów i mechanizmów zmian, które podążają w kierunku zdrowia lub problemów i zaburzeń psychicznych. Linia 1 pokazuje, że powstałe w okresie dzieciństwa problemy psychiczne u dzieci alkoholików mogą ulegać pogłębieniu lub przeobrazić się w inny typ zaburzeń. Na przykład wzorce zachowania opozycyjno-buntownicze mogą pogłębić się i przyjąć postać aspołecznych zaburzeń osobowości (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt i in., 2003).

Wchodzące w okres adolescencji zdrowe psychicznie dzieci, jak pokazuje linia 2, pomimo trudnej sytuacji w rodzinie i konieczności zmagania się z kryzysami w obszarze tożsamości, więzi i autonomii, nadal rozwijają się optymalnie. Posługując się terminologią Luthara i współl. (2003) można stwierdzić, że ujawniają one wysoki poziom czynników ochraniająco-stabilizujących, które pomimo znacznego ryzyka podtrzymują u tych dzieci mechanizmy zdrowia i rozwoju. Dzięki tym czynnikom dzieci te z jednej strony konstruktywnie zmagają się z bieżącym stresem, z drugiej osiągają na różnych etapach życia zadania rozwojowe, co nie dopuszcza do przekroczenia pewnego progu równowagi pomiędzy zasobami a ryzykiem, prowadzącego zazwyczaj do załamania się mechanizmów dalszego rozwoju (Cierpiałkowska, 2007).

Z perspektywy badań nad uwarunkowaniami zdrowia i choroby ogromną uwagę badaczy przykuwają dwa pozostałe zjawiska. Linia 4 pokazuje bowiem taką sytuację, w której dochodzi do załamania się mechanizmów podtrzymujących zdrowie i przekształcenie się ich w patomechanizmy, prowadzące do pogłębiającej się dezadaptacyjności wzorców zachowania aż do stanu pojawienia się określonego zespołu zaburzeń psychicznych. Takie zjawisko obserwuje się w przypadku schizofrenii czy depresji, ale także nadużywania alkoholu (Jaffe, Moffitt, Caspi, i in., 2002). Jeszcze ciekawsze, choć bardzo mało wyjaśnione zjawisko, polegające na pojawieniu się u młodzieży z problemami natury psychicznej procesów i mechanizmów salutogentycznych w okresie wczesnej dorosłości, co obrazuje linia 3.

<sup>4</sup> Badania na temat transmisji międzypokoleniowej alkoholizmu u synów alkoholików przeprowadziła w Instytucie Psychologii UAM J. Świtała (2005).





Rys. 2. Procesy i mechanizmy salutogenetyczne i patogenetyczne w okresie dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości (opracowano na podstawie Compas, Hinden, Gerhardt, 1995)

Nie dysponujemy wystarczająco przekonującymi wyjaśnieniami, na przykład zanikania w okresie trzeciej dekady życia wzorców nadużywania alkoholu na rzecz umiarkowanego picia. Ogromnym wyzwaniem dla badaczy jest stwierdzenie jakie pojawiają się w tym czasie czynniki ochraniające o charakterze destabilizującym mechanizmy patogenetyczne oraz czynniki ochraniające uaktywniające i stabilizujące mechanizmy salutogenetyczne. Współcześnie ciągle jeszcze dominuje koncentracja na wyjaśnianiu mechanizmów patogenetycznych, a nie źródeł i mechanizmów zdrowienia. Prowadzone obecnie badania empiryczne koncentrują się

na sprawdzeniu, które spośród przedstawionych przez Benard (2004) czynników ochronnych mogą mieć istotne znaczenie dla odwrócenia się procesów patogenetycznych. Uzyskane dotąd rezultaty pozwalają przypuszczać, że ważną rolę mogą odgrywać czynniki, które zalicza się do grupy autonomii i zróżnicowanych umiejętności radzenia sobie ze zdarzeniami stresowymi (Cierpiałkowska, 2007).

Ostatni z możliwych procesów, zachodzących w okresie adolescencji, odzwierciedla linia 5. Ludzie młodzi z rodzin z problemem alkoholowym mogą wejść w ten okres rozwoju zdrowi i dobrze przystosowani, ale doświadczają w nim głębokiego

kryzysu i załamania się dotychczas działających czynników ochronnych, ujawniając dezadaptacyjne wzorce zachowania, na przykład polegające na szkodliwym picciu. Po upływie pewnego czasu dochodzi u tych osób do ponownego uaktywnienia się być może tych samych co uprzednio czynników ochronnych, które pobudzają bardziej adaptacyjne mechanizmy radzenia sobie ze stresem lub funkcjonowania w różnych sferach życia. Proces ten może występować u osób o niskich kompetencjach społecznych, poszukujących w tym czasie odpowiedzi na pytania o sens i wartość życia. Jest to jednak tylko jedna z wielu hipotez, która wymaga weryfikacji empirycznej.

## ZAKOŃCZENIE

Przedstawiona powyżej analiza modeli psychopatologii rozwoju dzieci i młodzieży z rodzin alkoholików oraz rezultatów badań empirycznych przeprowadzonych w oparciu o założenia tych modeli pozwalają na wyciągnięcie kilku istotnych wniosków o charakterze ogólnym oraz sformułowanie ważnych wskazówek dla działań praktycznych, polegających na tworzeniu i wdrażaniu środowiskowych programów profilaktycznych.

Po pierwsze, modele teoretyczne i projekty badawcze nad konsekwencjami alkoholizmu rodziców (rodzica) dla rozwoju dzieci ewaluowały od takich, w których brano pod uwagę tylko czynniki ryzyka (determinizm) do takich, w których uwzględniano zasoby odpornościowe (indeterminizm). Później pojawiły się koncepcje wskazujące na złożone związki między zasobami i czynnikami ryzyka na różnych etapach rozwoju, zwłaszcza w drugiej i w trzeciej dekadzie życia. Rozwój koncepcji odporności dzieci alkoholików na zaburzenia, pomimo niewłaściwego pełnienia przez rodziców uwikłanych w problemy alkoholowe funkcji rodzicielskich i działania pozarodzinnych czynników stresowych, przebiega w dwóch kierunkach: (a) ustalania ich właściwości osobowościowych oraz (b) wyjaśnienia specyfiki ich sposobów i przebiegu procesu zmagania się ze stresem, które pozwalają na utrzymanie mechanizmów zdrowia.

Po drugie, rezultaty porównań międzygrupowych i wewnątrzgrupowych wsparły tezę, że dzieci alkoholików są bardzo zróżnicowaną pod względem kondycji biopsychospołecznej grupą. Choć wykazują one podobną podatnością biologiczną na zaburzenia, to jednak nie wychowują się w podobnych warunkach środowiska rodzinnego i pozarodzinnego, co istotnie różnicuje ich ścieżki rozwoju, które

albo podążają bardziej w kierunku zdrowia, albo patologii. W grupie tych dzieci jest znacznie więcej osób charakteryzujących się wysokimi kompetencjami społecznymi i zawodowymi, potrafiących dbać o swoje potrzeby i realizujących osobiste zamierzenia niż się spodziewano na podstawie doniesień praktyków klinicznych. Ponad wszelką wątpliwość udokumentowano, że jest to grupa dzieci i dorosłych, bardziej niż inne grupy, podatna na nadużywanie alkoholu. Rezultaty badań retrospektywnych i prospektywnych wskazują na inne tendencje w kontekście płci. Badania Cloningera i współ. (1987a, 1988) nad typami alkoholików pokazują na większą podatność mężczyzn-DDA, natomiast badania Jacoba i współ. (1999) na większą podatność kobiet-DDA. Wewnątrzgrupowe porównania dowodzą, że osoby ujawniające problemy w funkcjonowaniu można podzielić na dwie grupy w zależności od mechanizmów radzenia sobie z trudnościami, tj. na eksternalizujących i internalizujących problemy. Obie grupy wymagają innej pomocy psychologicznej w uczeniu się bardziej adaptacyjnych sposobów zmagania się ze stresem i nabywaniu nowych kompetencji psychospołecznych.

Po trzecie, każda z grup dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wymaga innych oddziaływań profilaktycznych, które jeśli mają być skuteczne muszą uwzględniać specyfikę czynników ryzyka i czynników ochronnych działających na różnych etapach życia.

W procesie tworzenia i wdrażania środowiskowych projektów profilaktycznych należy posługiwać się trafną wiedzą o kondycji biopsychospołecznej dzieci alkoholików, która wskazuje, że obok dzieci z poważnymi problemami natury psychicznej, istnieje też całkiem duża grupa dobrze przystosowanych. Ten bardziej niż się potocznie wydaje zróżnicowany obraz funkcjonowania dzieci alkoholików w różnych dekadach życia stawia większe wymagania praktykom zajmującym się tworzeniem i wdrażaniem środowiskowych programów profilaktycznych. Efektywność programu jest bowiem ściśle powiązana z trafną diagnozą występujących w tej grupie dzieci zagrożeń i problemów, na które powinny być ukierunkowane oddziaływania profilaktyczne i prewencyjne.

## LITERATURA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: IPN.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. <http://>

- nwrac.org/pub/library/fff-foster.pdf+protective+factors 22.05.2005.
- Benard, B. (1998). *Turning it around for all youth: From risk to resilience*. <http://www.ericdigest.org/1988-1/risk.htm> 05.06.2005
- Benard, B., Constantine, N., Diaz, M. (1999). *Measuring protective factors and resilience traits in youth: The healthy kids resilience assessment*. [http://www.wested.org?online\\_pubs/resiliency](http://www.wested.org?online_pubs/resiliency) 05.06.2005
- Benard, B. (2004). *Resiliency, what we have learned*. WestEd. [http://www.wested.org?online\\_pubs/resiliency](http://www.wested.org?online_pubs/resiliency) 05.06.2005
- Bennett, L.A., Wolin, S.J. (1990). Family culture and alcoholism transmission. W: R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles (red.), *Alcohol and the family* (s. 194–219). New York: The Guilford Press.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J., McAvity, K.J. (1988). Family identity, ritual, and myth: A cultural perspective on life cycle transition. W: C.J. Falicov (red.), *Family transitions* (s. 211–234). New York: The Guilford Press.
- Berkowitz, A., Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 206–209.
- Bonnano, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20–28.
- Brown, S. (1999). *Bezpieczne przejście. Powrót do zdrowia dorosłych dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L., Silva, P.A. (1996). Behavioral observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1033–1039.
- Cicchetti, D. (1999). A developmental psychopathology perspective on drug abuse W: M.D. Glantz & Ch.R. Hartel (red.), *Drug abuse. Origins & interventions* (s. 97–118). Washington: American Psychological Association.
- Cicchetti, D. (2002a). A developmental psychopathology perspective on drug abuse. W: M.D. Glantz, Ch.R. (red.). *Drug abuse. Origins & intervention* (s. 97–118). Washington: American Psychological Association.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., (2002b). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1, 6–19.
- Cicchetti, D; Rogosch, F.A. (2004). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1, 6–19.
- Cierpiałkowska, L. (2003). Ryzyko zaburzeń u dzieci alkoholików. *Forum Oświatowe, 1*, 28, 3–16.
- Cierpiałkowska, L. (2007). *Uwarunkowania alkoholizmu. Modele retrospektywny i prospektywny*. Międzynarodowa Konferencja Badań nad Alkoholizmem, Falenty (referat, materiał nie opublikowany).
- Cierpiałkowska L, Sęk H. (2006). Zdrowie i zaburzenia z perspektywy rozwojowej i procesualnej. Próba integracji podejścia salutogenetycznego i patogenetycznego. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria* (s. 21–40). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2006). Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików. *Forum Oświatowe, 2*, 35, 77–96.
- Cloninger R. C. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry, 44*, 573–588.
- Cloninger R. C. (1987b). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science, 236*, 410–416.
- Cloninger, C. R., Reich, T., Sigvardsson, S., von Knorring, A.L., Bohman, M. (1988). Effects of changes in alcohol use between generations on inheritance of alcohol abuse. W: R.M. Rose, Barrett, J.E. (red.), *Alcoholism: Origins and outcome* (s. 49–74). New York: Raven Press.
- 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.
- Cooper, M.L., Frone, M.R., Russel, M., Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 990–1005.
- Cuijpers, P., Langendoen, Y., Bijl, R. V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction, 94*, 10, 1489–1498.
- Goldberg, J.H., Halpern-Felsher, B.L., Millstein, S.G. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits an adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology, 21*, 5, 202–212.
- Goldman, M.S., Del Boca, F.K., Darkes, J. (2003). Teoria oczekiwań wobec alkoholu: zastosowanie neurofizjologii poznawczej. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 255–306). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Grzegorzewska, I. (2006). *Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci leczących się alkoholików*. Poznań: Instytut Psychologii UAM (nie opublikowana praca doktorska).
- Harter, S. L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review, 20*, 3, 311–337.
- Hill, S.Y., Shen, S., Lowers, L., Locke, J. (2000). Factors predicting of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological Psychiatry, 48*, 265–275.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- 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.
- Jaffe, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., Fombonne, E., Poulton, R., Martin, J. (2002). Differences in early risk factors for juvenile-onset and adult onset depression. *Archives of General Psychiatry, 59*, 215–222.
- Jennison, K.M., Johnson, K.A. (2001). Parental alcoholism as a risk factor 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. <http://findarticlessa.com/p/articles/mi 20.06.2005>.

- Johnson, J.L., Sher, K.J. (1991). Models of vulnerability to psychopathology in children of alcoholism. *Alcohol Health&Research World*, 15, 32–43.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Nelson, C.B., Hughes, M., Swartz, M., Blazer, D.G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30, 15–26.
- Kim, J.E., Hetherington, E.M., Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents' externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development*, 70, 5, 1209–1230.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Milne, B.J., Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709–717.
- Luthar, S., Cichetti, D., Becker, B. (2003). The construct of resilience: Critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Masten, A.S., Powell, J.L. (2003). Resilience framework for research, policy, and practice. W: Luthar, S.S. (red.). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (s. 1–28). New York: Cambridge University Press.
- McGue, M. (2000). Dzieci alkoholików z perspektywy genetyki behawioralnej. W: R. Durda (red.), *Alkohol a zdrowie. Badania nad dziećmi alkoholików* (Nr 26, s. 72–90). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- McGue, M. (2003). Behawioralne i genetyczne modele picia i alkoholizmu. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.). *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 461–518). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Mc Whirter, J.J., Mc Whirter, B.T., Mc Whirter, A.M., Mc Whirter, E.H. (2001). *Zagrożona młodzież. Ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych*. Warszawa: PARPA.
- Molina, B.S.G., Chassin, L., Curran, P. (1994). A comparison of mechanisms underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 269–275.
- Nadolska, K., Sęk, H. (2007). Społeczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych, czyli czym jest *resilience* i jak ono funkcjonuje. W: Kaczmarek, Ł., Słysz, A. (2007). *Blżej serca. Zdrowie i emocje* (s. 13–38). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pisarska, A., Borecka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Bobrowski, K. (2005). *Picie alkoholu w wypowiedziach młodzieży w wieku 13–15 lat*. <http://www.remedium-psychologia.pl/profilaktyka/> 11.04.2005.
- Robinson, B.E., Rhoden, J.L. (2000). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Rodak, K. (2006). *Czynniki biopsychospołeczne w rozwoju dzieci z rodzin alkoholowych a ich przystosowanie w okresie wczesnej dorosłości*. Poznań: Instytut Psychologii UAM (nie opublikowana praca magisterska).
- Rose, R.J., Dick, D.M. (2004/2005). Gene-environment interplay in adolescent drinking behavior. *Alcohol Research & Health*, 28, 4, 222–229.
- Russell, M. (1990). Prevalence of alcoholism among children of alcoholism. W: M. Windle, J.S. Searles (red.), *Children of alcoholics: Critical perspectives* (s. 9–38). New York: Guilford Press.
- Sęk, H. (2005). Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 256–268). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 4, 427–228.
- Sher, K.J. (2000). Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików. W: A. Dodziuk (red.), *Badania nad dziećmi alkoholików. Alkohol a zdrowie* (s. 164–183). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Sher, K.J., Trull, T.J., Bartholow, B.D., Vieth, A. (2003). Osobowość, a alkoholizm: teorie, metody i procesy etiologiczne. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 77–132). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Światała, J. (2005). *Transmisja międzypokoleniowa alkoholizmu u mężczyzn*. Poznań: Instytut Psychologii UAM (nie opublikowana praca doktorska).
- Tsirigotis, K., Gruszczyński, W. (2001). Profil osobowości w MMPI dorosłych dzieci alkoholików leczonych w PZP. *Alkoholizm i Narkomania*, 14, 3, 375–385.
- Wegscheider S., (1981). *Another chance. Hope and health for the alcoholic family*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- West, M. O., Prinz, R., J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 204–218.
- Whipple, S. T., Noble, E. P. (1991). Personality characteristics of alcoholic fathers and their sons. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 4, 331–337.
- Wiener, F., Rybakowski, A. (2006). Czy we wszystkich zaburzeniach psychicznych obowiązuje model rozwojowy? *Psychiatria Polska*, XL, 2, 191–203.
- Windle, M. (2000). Stan badań nad dziećmi alkoholików: aktualne koncepcje i problemy. W: R. Durda (red.), *Alkohol a zdrowie. Badania nad dziećmi alkoholików* (s. 10–25). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- 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: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Zucker, R.A. (2007). Międzynarodowa Konferencja Badań nad Alkoholizmem. *Falenty* (referat, materiał nie opublikowany)
- Zucker, R. A., Ellis, D.A., Binbham, C. R., Fitzgerald, H. E. (2000). Rozwój podtypów alkoholizmu. Rodzinne czynniki ryzyka w okresie wczesnego dzieciństwa alkoholików. W: *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu* (s. 118–139). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.