

# Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży

Lidia Cierpialkowska\*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań  
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Michał Ziarko

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

## CONDITIONS OF INTERNALIZATION AND EXTERNALIZATION OF DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The research aimed at answering the question whether there are differences in the intensity of externalization and internalization disorders between children of alcoholics and non-alcoholics and what subjective and family factors condition the occurrence of these disorders. Among explanatory variables temperament traits and attachment style were tested on the basis of the assumption that their influence may be significantly modified by the style of performing parental functions. The research sample comprised 86 mothers of kindergarten children and 110 high school pupils. The research was conducted by means of a set of questionnaires filled in by mothers of preschoolers and by high school pupils themselves. The results indicate that alcoholics' children differ from non-alcoholics' children in the intensity of externalization and internalization disorders in the later period than kindergarten time. All of these disorders coexist with a different configuration of temperament traits intensity and attachment style. The style of performing parental functions does not have a direct significance for the mechanism of the persistence of mental problems. The empirically verified model of variables explains the causes of internalization of disorders in children and adolescents to a greater extent than the causes of their externalization.

### WPROWADZENIE

W ostatnich latach wzrasta liczba dzieci i młodzieży wywodzącej się z rodzin, w których jedno lub oboje rodzice ujawniają zaburzenia związane z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu. Ważne zatem stają się pytania o kondycję psychiczną, społeczną i fizyczną tych dzieci na różnych etapach ich życia. Odpowiedzi jawią się inaczej w zależności od tego czy ich podstawę stanowią opisy funkcjonowania dzieci alkoholików powstałe na tle doświadczeń

klinicznych terapeutów, czy wywodzą się raczej z analizy rezultatów badań naukowych, które przeprowadzono zgodnie ze stawianymi im rygorami metodologicznymi. W świetle doniesień klinicznych generalnie dzieci alkoholików charakteryzują się różnymi zespołami zaburzeń psychicznych i zachowania (por. Robinson, 1998; Wegscheider-Cruse, 2000; Woititz, 2001), natomiast wyniki badań empirycznych pokazują, że jest to grupa bardzo zróżnicowana pod względem zdrowia i problemów natury psychicznej (por. Sher, 2000; Avenevoli, Conway i Merikangas, 2005).

Prezentowane poniżej badania pokazują czy i jakie występują różnice pomiędzy dziećmi alko-

---

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Lidia Cierpialkowska, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań. [lcierp@amu.edu.pl](mailto:lcierp@amu.edu.pl)

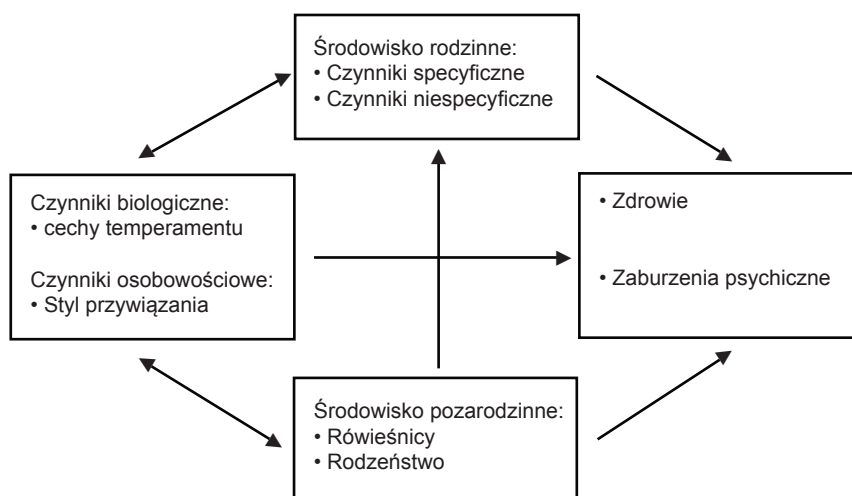
holików i niealkoholików w nasileniu internalizacji (uwewnętrzniania) i eksternalizacji (uzewnętrzniania) zaburzeń oraz próbują wyjaśnić, jakie czynniki ryzyka i zasoby o charakterze podmiotowym i środowiskowym (rodzinnym) determinują ich wystąpienie na różnych etapach życia. Porównując dzieci z okresu przedszkolnego z młodzieżą licealną pośrednio pokazano, jaki może być wpływ długotrwałego oddziaływania środowiska rodzinnego i pozarodzinnego. Model badawczy umożliwia, do pewnego stopnia, wskazanie na ścieżki rozwoju eksternalizacji i internalizacji problemów przy udziale czynników biologicznych i środowiskowych – rodzinnych.

### EKSTERNALIZACJA I INTERNALIZACJA ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

W psychopatologii rozwojowej, zgodnie z założeniami koncepcji Achenbacha (1982), przyjmuje się, że występujące u dzieci i młodzieży problemy i zaburzenia psychiczne należy traktować bardziej dynamicznie niż w grupie osób dorosłych oraz kwalifikować je na dwie główne kategorie, tj. zaburzenia polegające na eksternalizacji i internalizacji (Kazdin, 2003). Grupę zaburzeń polegających na eksternalizacji problemów charakteryzuje się poprzez wysoki poziom destrukcyjnych i/lub agresywnych zachowań dzieci i młodzieży, które kierowane są bezpośrednio na innych ludzi i/lub najbliższe środowisko. Zalicza się do niej zaburzenia zachowania, nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi, zaburzenia opozycyjno-buntownicze i osobowość

antyspołeczną. Natomiast internalizacja zaburzeń odznacza się tym, że wszelkie problemy emocjonalne są przeżywane bardziej wewnątrz niż ujawniane na zewnątrz. Do tej grupy zalicza się różne zaburzenia lękowe (też lęki separacyjne), fobie, zespoły depresyjne czy pojawiające się w okresie adolescencji zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (por. DSM-IV, APA, 1994; Kendall, 2004). Powszechnie znane jest zjawisko polegające na tym, że u dzieci i młodzieży znacznie wcześniej rozpoznawane są przez dorosłych – rodziców czy nauczycieli – problemy związane z eksternalizacją niż internalizacją problemów.

Rozwojowe transakcyjne modele kształtowania się zdrowia lub zaburzeń natury psychicznej (psychosomatycznej) u dzieci z rodzin alkoholików wskazują na trzy potencjalne grupy czynników ryzyka i/lub zasobów: (1) podmiotowe – biologiczne i psychiczne; (2) społeczne – rodzinne i pozarodzinne oraz (3) normatywne i nienormatywne zdarzenia stresowe, pozostających we wzajemnych, dynamicznych związkach. Występujące między nimi zależności, na różnych etapach życia dziecka, mogą w istotnym stopniu modyfikować prawdopodobieństwo pojawienia się mechanizmów salutogenetycznych bądź patogenetycznych, polegających na eksternalizacji lub internalizacji problemów. Na Rycinie 1 przedstawiono analizowane teoretycznie (Cicchetti, 1999; Cicchetti i Rogosch, 2002; Windle i Davies, 2003) i weryfikowane empirycznie związki między zmiennymi wyjaśniającymi i pośredniczącymi (na przykład Kim, Hetherington i Reiss, 1999; Yahav, 2002) w powstawaniu zaburzeń psychicznych.



Ryc. 1. Czynniki podmiotowe i środowiskowe a zdrowie i zaburzenia psychiczne. Źródło: opracowanie własne.

## CZYNNIKI PODMIOTOWE – BIOLOGICZNE I PSYCHICZNE

Większe ryzyko zaburzeń psychicznych (w tym nadużywania alkoholu) stwarza przede wszystkim wrodzona niepełnowartościowość układu nerwowego i specyficzna struktura cech (tzw. niezrównoważonego) temperamentu dzieci alkoholików. Niepełnowartościowość centralnego układu nerwowego stwierdza się na podstawie rezultatów badań nad markerami fizjologicznej i neurofizjologicznej podatności genetycznej na uzależnienia i zaburzenia psychiczne tych dzieci (por. Hill i in., 2000, McGue, 2000), natomiast o „trudnym” temperamencie wnioskuje się na podstawie, między innymi, badań Cloningera wraz z zespołem (1987a, b) nad typami alkoholizmu. Alkoholicy typu II uwarunkowanego biologicznie (w grupie tej znaleźli się głównie mężczyźni o antyspołecznym typie zaburzeń osobowości) cechują się większym nasileniem takich cech temperamentu, jak: poszukiwaniem stymulacji (odznaczają się ciekawością poznawczą), impulsywnością, ekstrawagancją i brakiem zdyscyplinowania niż alkoholicy typu I – uwarunkowanego środowiskowo (w tej grupie znalazły się zarówno kobiety, jak i mężczyźni). Chłopcy z rodzin z problemem alkoholowym powinni zatem charakteryzować się bardziej niezrównoważonym typem temperamentu (podobnym w strukturze do typu II alkoholizmu) i większym nasileniem zaburzeń z grupy eksternalizacji niż dziewczynki (także dzieci z rodzin bez takiego problemu). Niektóre badania nad dziedzicznością i różnicami płciowymi donoszą o istotnym wpływie czynnika biologicznego na występowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i problemów natury psychicznej u kobiet (por. Kendler i in., 2003).

Wśród podmiotowych – psychicznych czynników ryzyka i zasobów obecnie zwraca się szczególną uwagę na znaczenie stylu przywiązania, poziomu lęku i agresji oraz zróżnicowanie strategii radzenia sobie ze stresem u dzieci alkoholików. Badania Sher (2000) koncentrowały się na zweryfikowaniu znaczenia trzech czynników osobowościowych dla pojawienia się mechanizmu eksternalizacji problemów, tj.: neurotyczności, definiowanej w kategoriach uczuciowości negatywnej; impulsywności, rozumianej jako odhamowanie i ekstrawersji, czyli towarzyskości. Istotne dla pojawienia się zaburzeń eksternalizacyjnych, w tym też zachowań związanych z piciem i braniem u dzieci alkoholików, okazały się po pierwsze: wysoki poziom neurotyzmu, niski ugodowości oraz wysoki poziom lęku; po drugie wysoka impulsywność, poszukiwanie wrażeń,

agresywność i psychotyczność (Sher, 2000; Cuijpers, Langendoen i Bijl, 1999; Sher i in., 2003; Windle, 2000). Dzięki tym badaniom powstała koncepcja dwóch ścieżek rozwoju problemów u dzieci alkoholików: pierwsza, to ścieżka prowadząca bezpośrednio do nadużywania alkoholu; druga, to ścieżka zaburzeń eksternalizacyjnych, predestynujących do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (por. Hussong i in., 2007).

Teoria przywiązania Bowlby’ego (1969) i sformułowane na jej tle tezy o znaczeniu stylów: bezpiecznego i pozabezpiecznego dla osłabiania lub pogłębiania problemów emocjonalnych u dzieci alkoholików podlega aktualnie weryfikacji empirycznej. W świetle wyników badań nad populacją dzieci i młodzieży uzasadnione jest stwierdzenie, że pozabezpieczny, lękowo-ambiwalentny styl przywiązania sprzyja pojawieniu się eksternalizacji zaburzeń, natomiast lękowy – unikający, internalizacji zaburzeń (por. Allen, Borman-Spurrell i Hauser, 1996; Kendall, 2004). Tylko do pewnego stopnia założenia te znalazły potwierdzenie w badaniach nad dorosłymi dziećmi alkoholików, które zostały przeprowadzone przez Beesley i Stoltenberga (2002).

## CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE – RODZINNE I POZARODZINNE

Generalnie przyjmuje się, że zdrowie lub zaburzenia psychiczne występujące u dzieci i młodzieży mogą być w rodzinie alkoholików (albo rodzinie, w której jedno z rodziców nadużywa lub jest uzależnione od alkoholu) efektem działania specyficznych i/lub niespecyficznych czynników środowiska rodzinnego. Czynniki specyficzne to te związane z bezpośrednim oddziaływaniem na dziecko używania przez rodzica substancji psychoaktywnych. Bezpośredni wpływ sprowadza się często do dwóch zjawisk: działania na dziecko alkoholu wypijanego przez matkę w okresie prenatalnym lub/i dostarczania przez rodziców dezadaptacyjnych wzorców używania alkoholu. Czynniki niespecyficzne związane są z bardziej ogólnymi właściwościami środowiska rodzinnego, jak: nieefektywne pełnienie ról rodzinnych, nasilenie zdarzeń stresowych czy zwiększenie poziomu konfliktów między rodzicami (por. Weinberg, 1997; Avenevoli, Conway i Merikangas, 2005).

Analiza literatury podejmującej znaczenie rodziny w procesie rozwoju dziecka pozwala na sformułowanie dwóch ważnych wniosków. Po pierwsze, interakcja rodzic-dziecko zdeterminowana jest przez cztery główne wymiary rodzicielstwa, tj. opiekowanie się, czyli ciepło i wsparcie w zmaganiu

się z trudnościami oraz kontrolę (behawioralną i psychiczną), obejmującą nadzór i wymagania. Po drugie, zmienne rodzinne, takie jak: usposobienie rodziców, ich wzajemne relacje, więź z rodzeństwem oraz kontekst społeczno-kulturowy, w jakim rodzina funkcjonuje, wyznaczają interakcje między rodzicem a dzieckiem. W konsekwencji, badania empiryczne próbują określić nie tylko, jakie różnice występują pomiędzy rodzicami alkoholików w zakresie sprawowania funkcji rodzicielskich, ale również wskazać na te czynniki środowiska rodzinnego oraz te problemy natury psychicznej rodziców alkoholików i niealkoholików, które w znaczącym stopniu modyfikują styl sprawowanych przez nich funkcji rodzicielskich. Często rezultaty badań potwierdzają tezę, że współzachorowalność, czyli występowanie jeszcze innych zaburzeń psychicznych u rodziców, na przykład antyspołecznych zaburzeń osobowości u ojca czy zespołu depresyjnego u matki, znacznie zwiększa ryzyko powstawania zaburzeń u dzieci (por. Bahr, Marcos i Maughan, 1995; Windle i Davies, 2003).

Wyniki badań empirycznych podważają zasadność posługiwania się uproszczonym i deterministycznym modelem wpływu rodziców alkoholików na eksternalizację i internalizację zaburzeń u dzieci. Rzeczywistość rodzin z problemem alkoholowym okazała się bardziej złożona niż się badaczom wydawało. Z jednej strony rezultaty badań nie wykazują żadnych znaczących różnic w przystosowaniu pomiędzy grupą dzieci z rodzin alkoholowych, a grupą dzieci wychowywanych w rodzinach z takimi dysfunkcjami, jak: chroniczna przemoc, kazi-rodztwo, obecność choroby psychicznej, czy innymi problemami osłabiającymi możliwości rodziców do sprostania emocjonalnym i fizycznym potrzebom dzieci (Harrington i Metzler, 1997). Z drugiej wyniki badań donoszą o związkach między efektywnością pełnienia funkcji rodzicielskich przez rodzica pijącego i nie pijącego problemowo a pojawieniem się zaburzeń związanych z eksternalizacją problemów, zwłaszcza nadużywaniem alkoholu, zaburzeniami kontroli zachowania i, w późniejszym wieku, zaburzeniami antyspołecznymi (Chassin, Rogosch i Barrera, 1991; Hussong i in., 2007). Jak dotąd nie znajduje jednoznacznego potwierdzenia hipoteza o bezpośrednich, a nawet pośrednich związkach pomiędzy stylem pełnienia funkcji rodzicielskich przez rodziców z problemem alkoholowym (Chassin i in., 1999) oraz poziomem spójności i przystosowalności rodziny (Yahav, 2002) a internalizacją zaburzeń u dzieci.

Rezultaty prawie wszystkich badań empirycznych wskazują, że grupa rówieśnicza i rodzeństwo

odgrywają rolę istotnego moderatora związków pomiędzy sprawowaniem funkcji rodzicielskich a eksternalizacją zaburzeń, zwłaszcza zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu (por. przegląd Avenevoli, Conway i Merikangas, 2005). Dla wyjaśnienia istotnego wpływu rodzeństwa i rówieśników na pojawienie się dezadaptacyjnych wzorców zachowania u młodzieży, badacze posługują się koncepcją socjalizacji rówieśniczej (nadużywanie środków psychoaktywnych przez młodzież facylituje podobne zachowania u rówieśników) i selekcji rówieśniczej (wybory między rówieśnikami odbywają się na podstawie stopnia podzielanych przekonań o świecie, dorosłych i rówieśnikach). Badania empiryczne potwierdziły założenia modelu socjalizacji i zjawiska selekcji rówieśniczej w wyjaśnianiu ścieżek rozwoju dzieci. Stwierdzono bowiem istnienie zwiększonego ryzyka używania narkotyków przez młodzież, która ma starsze rodzeństwo i/lub przynależy do grupy rówieśniczej aprobujących używanie substancji psychoaktywnych (Bahr, Marcos i Maughan, 1995; Curran, Stice i Chassin, 1997).

Nie zrównoważenie czynników ryzyka i zasobów – podmiotowych: biologicznych i psychicznych oraz środowiskowych: rodzinnych i pozarodzinnych może powodować powstanie nieprzystosowawczych wzorców zachowań, polegających na eksternalizacji i/lub internalizacji zaburzeń. Wyniki badań wskazują, że eksternalizacja problemów współwystępuje z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, niekontrolowaniem zachowań, wagarowaniem, zaburzeniami socjalizacji i z uzależnieniem pojawiającym się już w okresie adolescencji, natomiast zjawisko internalizacji problemów wiąże się z zaburzeniami lękowymi, zespołem depresyjnym, poczuciem alienacji oraz z uzależnieniem ujawniającym się u jednostki w późniejszym okresie życia (Kim, Hetherington i Reiss, 1999; Sher i in., 2003).

## PROBLEM BADAŃ I OSOBY BADANE

Prezentowane badania miały na celu stwierdzenie, czy i jakie występują różnice pomiędzy dziećmi alkoholików i niealkoholików w nasileniu internalizacji i eksternalizacji zaburzeń oraz próbują wyjaśnić, jakie czynniki ryzyka i zasoby o charakterze podmiotowym (temperament, styl przywiązania) i rodzinnym (styl sprawowania funkcji rodzicielskich) determinują ich wystąpienie na różnych etapach życia. Jednocześnie próbowano wyjaśnić czy istnieje różnica w uwarunkowaniach zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym i okresie późnej adolescencji.



Z perspektywy psychopatologii rozwojowej tym dwóm okresom w cyklu życia dzieci alkoholików przypisuje się szczególne znaczenie dla dalszego rozwoju psychicznego, zwłaszcza utrwalania się mechanizmów zdrowia i zaburzeń psychicznych. Wystąpienie zaburzeń zachowania w wieku przedszkolnym ma szczególne tendencje do utrzymywania się, a ich obecność jest trafnym predykatorem pojawienia się problemów psychicznych i złego przystosowania w późniejszym wieku tych dzieci. Dotyczy to głównie uzewnętrzniania problemów w postaci braku lub osłabienia kontroli zachowania (Cambell, 1995 za: Loukas i in., 2002; Zucker, 1994). Okres adolescencji zaś jest ujmowany jako najbardziej istotny dla ujawnienia się różnych zaburzeń psychicznych w okresie dorosłości. Podkreśla się bowiem, że wystąpienie przejawów eksternalizacji zaburzeń, zwłaszcza w postaci antyspołecznych zaburzeń osobowości, zapowiada z dużym prawdopodobieństwem pojawienia się nadużywania i uzależnienia od alkoholu w dorosłości (Loukas i in., 2002). Niektóre badania wskazują, że ważną zmienną pośredniczącą może być styl przywiązania, ponieważ wpływa on, między innymi, na poziom lęku i agresji u dzieci i młodzieży (por. Beesley i Stoltenberga, 2002).

Badaniom poddano grupę dzieci przedszkolnych i grupę młodzieży w okresie licealnym.

**Grupa przedszkolna.** W badaniach uczestniczyło 86 matek dzieci – chłopców i dziewczynek, w wieku 3 do 5 lat. Próba była zróżnicowana ze względu na cechy socjoekonomiczne matek: wiek, wykształcenie, stan cywilny, status materialny oraz liczbę posiadanych dzieci. Dobór do grupy klinicznej i po-

równawczej odbywał się na podstawie wyników kwestionariusza AUDIT. Badania przeprowadzono na terenie Warszawy – w kilku przedszkolach, ośrodkach pomocy społecznej, poradniach ds. uzależnień, domach samotnej matki, a także na terenie domów dla bezdomnych „Markot”.

**Grupa licealna.** Stanowiło ją 110 uczniów w wieku 17 lat. Wśród osób badanych było 67 chłopców i 43 dziewczęta, którzy uczyli się w różnych typach szkoły – 72 osoby uczyły się w liceum, 38 osób w technikum. Dobór do grupy klinicznej i porównawczej odbywał się na podstawie wyników kwestionariusza AUDIT. Młodzież pochodziła z rodzin o niskim, średnim i wysokim statusie społecznym, ich rodzice wykonywali różne zawody oraz charakteryzowali się zróżnicowanym poziomem wykształcenia.

#### NARZĘDZIA BADAWCZE. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA WYNIKÓW BADAŃ

Osoby badane należały do dwóch grup wiekowych: dzieci przedszkolnych i młodzieży licealnej. Do pomiaru jednej zmiennej wyjaśniającej, tj. cechy temperamentu posłużono się tym samym narzędziem badawczym (choć w grupie przedszkolnej oceny dokonywała matka, a grupie licealnej sam badany), natomiast do pomiaru pozostałych, czyli stylu przywiązania i sposobu sprawowania funkcji rodzicielskich, z konieczności, użyto innych metod (por. Tabela 1). Dobierając lub konstruując narzędzia badawcze dbano o to, aby stosować te same podstawy teoretyczne w definiowaniu i operacjonalizacji zmiennych.

Tabela 1

Zmienne i narzędzia badawcze wykorzystane do ich pomiaru w grupie wiekowej: dzieci przedszkolne i młodzież licealna

Badana zmienna	Dzieci przedszkolne	Młodzież licealna
Przynależność do rodziny alkoholowej	Zmodyfikowana wersja kwestionariusza Audit	Zmodyfikowana wersja kwestionariusza Audit
Typ przywiązania	Kwestionariusz do Badania Typu Przywiązania	Zmodyfikowana wersja Kwestionariusza Relacji RSQ
Styl wychowania	Kwestionariusz Stylu Wychowania	Zmodyfikowana wersja kwestionariuszy Child Behavior Checklist YRS
Temperament	Kwestionariusz Temperamentu EAS-C	Kwestionariusz temperamentu EAS-D
Tendencja do internalizacji problemów	Kwestionariusz do Badania Zaburzeń Lękowych	Child behavior Checklist YRS – bada eksternalizację i internalizację (wersja dla młodzieży)
Tendencja do eksternalizacji problemów	Kwestionariusz do badania Nadpobudliwości Psychoruchowej	

Źródło: opracowanie własne.

**Metody wykorzystane podczas badania dzieci przedszkolnych.** Badania dzieci w wieku 3 do 5 lat miały charakter kwestionariuszowy. Dokonano pomiaru następujących zmiennych: typu przywiązania, stylu wychowania, cech temperamentu oraz stopnia nasilenia internalizacji, poprzez ocenę poziomu lęku i eksternalizacji poprzez szacowanie poziomu nadpobudliwości psychoruchowej. Ze względu na wiek dziecka charakterystyka jego funkcjonowania była dokonywana przez matki<sup>1</sup>.

**Zaburzenia lękowe.** Określając nasilenie zaburzeń lękowych posłużono się Kwestionariuszem do Badania Zaburzeń Lękowych (Szablowska-Chłopek, 2005). Kwestionariusz pozwala oszacować natężenie lęku u dziecka (min=3; max=66;  $M=29.7$ ;  $SD=14.39$ ;  $n=86$ ).

**Nadpobudliwość psychoruchowa.** Pomiaru tej zmiennej dokonano przy pomocy Kwestionariusza do Badania Nadpobudliwości Psychoruchowej (Szablowska-Chłopek, 2005). Umożliwia on określenie globalnego poziomu nadpobudliwości (min=27, max=102;  $M=57.51$ ;  $SD=15.14$ ;  $n=86$ ) oraz poszczególnych jej komponentów: deficytów uwagi (min=12; max=44;  $M=24.74$ ;  $SD=6.87$ ;  $n=86$ ), nadaktywności (min=9; max=36;  $M=19.33$ ;  $SD=5.89$ ;  $n=86$ ) oraz impulsywności (min=6; max=24;  $M=13.44$ ;  $SD=4.05$ ;  $n=86$ ).

**Temperament.** Do pomiaru nasilenia cech temperamentu dziecka wykorzystano adaptację Kwestionariusza Temperamentu EAS-C (Oniszczenko, 1997) w wersji przeznaczony do wypełnienia przez rodziców. Kwestionariusz ten tworzą cztery podskale: emocjonalność (min=8, max=24;  $M=14.17$ ;  $SD=3.45$ ;  $n=86$ ), aktywność (min=11, max=25;  $M=20.24$ ;  $SD=3.48$ ;  $n=86$ ), towarzyskość (min=9, max=36;  $M=19.78$ ;  $SD=3.55$ ;  $n=86$ ) oraz nieśmiałość (min=5; max=23;  $M=10.94$ ;  $SD=3.88$ ;  $n=86$ ).

**Typ przywiązania.** Do określenia tej zmiennej posłużono się Kwestionariuszem do badania Typu Przywiązania (Szablowska-Chłopek, 2005). Umożliwia on pomiar czterech stylów przywiązania: bezpiecznego (min=39; max=74;  $M=62.8$ ;  $SD=7.82$ ;  $n=86$ ), lękowo – ambiwalentnego (min=12; max=59;  $M=36.5$ ;  $SD=10.53$ ;  $n=86$ ), lękowo – unikającego

(min=9; max=49;  $M=22.9$ ;  $SD=8.15$ ;  $n=86$ ) oraz zdeorganizowanego (min=4; max=54;  $M=22.22$ ;  $SD=10.63$ ;  $n=86$ ).

**Styl wychowania.** Miarą tej zmiennej były wyniki otrzymane w Kwestionariuszu do Badania Stylu Wychowania (Szablowska-Chłopek, 2005). Służy on do pomiaru czterech stylów wychowania wyróżnianych w teorii E. Maccoby i J. Martin (1983, za: Lowe, Froxcroft i Sibley, 2000): (1) silna kontrola i silne wsparcie (min=23 max=40;  $M=35.16$ ;  $SD=3.49$ ;  $n=86$ ), (2) silna kontrola i słabe wsparcie (min=13, max=38;  $M=22.72$ ;  $SD=5.15$ ;  $n=86$ ), (3) słaba kontrola i silne wsparcie (min=10, max=26;  $M=17.97$ ;  $SD=3.6$ ;  $n=86$ ) oraz (4) słaba kontrola i słabe wsparcie (min=10, max=29;  $M=15.6$ ;  $SD=3.43$ ;  $n=86$ ). Każdy z wyróżnionych stylów wychowania mierzony jest za pomocą 10 pozycji.

**Metody wykorzystane podczas badania młodzieży licealnej.** Badania młodzieży w wieku 17 lat dokonano posługując się zestawem kwestionariuszy. Dokonano pomiaru następujących zmiennych: typu przywiązania, cech temperamentu, sposobu pełnienia funkcji rodzicielskich i interakcji w rodzinie oraz stopnia nasilenia eksternalizacji bądź internalizacji zaburzeń<sup>2</sup>.

**Tendencja do eksternalizacji i internalizacji problemów.** Pomiaru tej zmiennej dokonano posługując się kwestionariuszem samoopisowym Child Behavior Checklist YRS (wersja dla młodzieży), opracowanym przez T.M. Achenbacha i C. Edelbrocka – w polskiej adaptacji T. Wolańczyka (2002). Wyodrębniono w nim dwie skale: 1) Skalę Zaburzeń Internalizacyjnych (min=.20; max=4.51;  $M=2.12$ ;  $SD=1.01$ ;  $n=110$ ), którą tworzą trzy podskale: wycofanie (min=.00; max=6.30;  $M=2.34$ ;  $SD=1.32$ ;  $n=110$ ), objawy somatyczne (min=.00; max=6.30;  $M=1.40$ ;  $SD=1.28$ ;  $n=110$ ), lęk i depresja (min=.00; max=5.42;  $M=1.92$ ;  $SD=1.33$ ;  $n=110$ ), oraz 2) Skalę Zaburzeń Eksternalizacyjnych (min=.33; max=6.67;  $M=2.45$ ;  $SD=1.26$ ;  $n=110$ ), która składa się z podskal: zachowania niedostosowane (min=.30; max=6.06;  $M=2.47$ ;  $SD=1.29$ ;  $n=110$ ) oraz zachowania agresywne (min=.20; max=8.00;  $M=2.79$ ;  $SD=1.59$ ;  $n=110$ ). Narzędzie zostało zmodyfikowane przez A. Łukowską (2005)

<sup>1</sup> W artykule posłużono się wynikami surowymi uzyskanymi przez Panią A. Szablowską-Chłopek (2005) podczas pisania pracy magisterskiej w ramach seminarium magisterskiego prowadzonego przez L. Cierpiałkowską w SWPS w Warszawie.

<sup>2</sup> W artykule posłużono się wynikami surowymi uzyskanymi przez Panią A. Łukowską (Łukowska, 2005) podczas pisania pracy magisterskiej w ramach seminarium magisterskiego prowadzonego przez Lidę Cierpiałkowską w SWPS w Warszawie.

poprzez rozszerzenie rozpiętości punktacji od 0 do 3 (w oryginalnej polskiej wersji ilość możliwych punktów wynosi od 0 do 2).

**Temperament.** Do pomiaru cech temperamentu wykorzystano Kwestionariusz Temperamentu EAS-D (wersja dla dorosłych) A. H. Buss'a i R. Plomina (Oniszczenko, 1997). Umożliwia ona pomiar pięciu cech temperamentu: niezadowolenia (min=2.00; max=8.00;  $M=4.42$ ;  $SD=1.50$ ;  $n=101$ ), strachu (min=2.00; max=9.00;  $M=4.70$ ;  $SD=1.51$ ;  $n=102$ ), złości (min=2.00; max=10.00;  $M=5.86$ ;  $SD=1.46$ ;  $n=101$ ), aktywności (min=2.00; max=9.50;  $M=6.31$ ;  $SD=1.44$ ;  $n=102$ ) oraz towarzyskości (min=3.50; max=10.00;  $M=7.44$ ;  $SD=1.45$ ;  $n=102$ ).

**Typ przywiązania.** Do oceny wzorów przywiązania wykorzystany został – zmodyfikowany przez A. Łukowską (2005) Kwestionariusz Relacji RSQ Griffin i Bartholomew. Kwestionariusz umożliwia rozpoznanie czterech wzorów przywiązania: wzoru bezpiecznego (min=3.33; max=9.72;  $M=7.27$ ;  $SD=1.26$ ;  $n=110$ ), wzoru lękowego (min=2.50; max=7.92;  $M=4.99$ ;  $SD=1.42$ ;  $n=110$ ), wzoru ambiwalentnego (min=3.33; max=8.33;  $M=5.76$ ;  $SD=1.05$ ;  $n=110$ ) oraz wzoru unikającego (min=2.50; max=8.93;  $M=6.14$ ;  $SD=1.36$ ;  $n=110$ ).

**Wzory relacji w rodzinie.** Aby określić interakcje w rodzinie posłużono się zmodyfikowanym przez A. Łukowską (2005) kwestionariuszem Child Behavior Checklist YRS – część IX oraz Kwestionariuszem Relacji Rodziny. Metoda ta umożliwia określenie stopnia opiekuńczości rodziców wobec dzieci (min=2.50; max=10.00;  $M=7.68$ ;  $SD=2.15$ ;  $n=108$ ) oraz poziomu więzi pomiędzy rodzicami (min=2.50; max=10.00;  $M=6.35$ ;  $SD=2.41$ ;  $n=107$ ).

## WYNIKI BADAŃ

Analiza wyników badań obejmuje dwie procedury analizy statystycznej. Po pierwsze, w celu stwierdzenia ewentualnych różnic pomiędzy dziećmi z rodzin alkoholowych i niealkoholowych posłużono się testem  $t$  Studenta. Za właściwy dla testowania wszystkich hipotez statystycznych uznano poziom istotności  $p=.05$ . Po drugie, zaprojektowano równania regresji, celem wyjaśnienia, jakie zmienne współwystępują z eksternalizacją lub internalizacją problemów w grupach wiekowych (dzieci przedszkolne i młodzież licealna). W grupie dzieci przedszkolnych rozwiązano pięć równań regresji, a w grupie młodzieży licealnej osiem równań (por. po-

nizej). Aby określić, które z wymienionych zmiennych cechuje najwyższa współzależność posłużono się metodą krokowej analizy regresji. Za właściwy dla testowania hipotez uznano poziom istotności  $p=.05^3$ .

## WIEK PRZEDSZKOLNY

Porównanie funkcjonowania dzieci w wieku przedszkolnym ujawniło, że dzieci z rodzinach alkoholowych nie różnią się od swoich rówieśników z rodzin niealkoholowych pod względem większości mierzonych zmiennych. Na siedemnaście porównywanych zmiennych istotne statystycznie różnice odnotowano jedynie w zakresie trzech zmiennych wyjaśniających.

**Poziom internalizacji i eksternalizacji zaburzeń.** Nie odnotowano różnic między dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym i grupą porównawczą w zakresie poziomu zdrowia i tendencji do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń (por. Tabela 2).

**Cechy temperamentu.** Nie stwierdzono różnic między dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym a dziećmi z rodzin bez takiego problemu w zakresie cech temperamentu, czyli emocjonalności aktywności, towarzyskości i nieśmiałości. Matki z porównywanych grup oceniają swoje dzieci podobnie pod względem cech temperamentu.

**Styl przywiązania.** Dzieci w wieku przedszkolnym wychowujące się w rodzinach alkoholowych, w odróżnieniu od dzieci z rodzin niealkoholowych, częściej ujawniają zdeorganizowany wzorzec przywiązania ( $\bar{x}_1=3.21$ ;  $\bar{x}_2=2.40$ ;  $SD_1=1.40$ ;  $SD_2=1.15$ ;  $t=-2.956$ ;  $p=.004$ ) i rzadziej wzorzec o charakterze bezpiecznym ( $\bar{x}_1=7.45$ ;  $\bar{x}_2=8.20$ ;  $SD_1=1.11$ ;  $SD_2=.69$ ;  $t=3.695$ ;  $p<.000$ ).

**Czynniki charakteryzujące środowisko rodzinne.** Dzieci z obu rodzin różnią się również w zakresie stopnia udzielanego wsparcia i sprawowania kontroli przez rodziców. Okazało się, że dla rodzin alkoholowych charakterystyczny jest wzorzec sprawowania funkcji rodzicielskiej polegający na silnej kontroli i słabym wsparciu ( $\bar{x}_1=6.01$ ;  $\bar{x}_2=5.39$ ;  $SD_1=1.38$ ;  $SD_2=1.14$ ;  $t=-2.288$ ;  $p=.025$ ).

<sup>3</sup> Dokonując obliczeń statystycznych posłużono się pakietem statystycznym SPSS v.11.5. Aby uczynić prezentację bardziej przejrzystą, wyniki zebrane za pomocą poszczególnych narzędzi badawczych zostały wystandaryzowane.

Tabela 2

Porównanie dzieci w wieku przedszkolnym z rodzin alkoholowych i niealkoholowych w zakresie: poziomu zdrowia i zaburzeń, temperamentu, typu przywiązania oraz stopnia udzielanego wsparcia i sprawowania kontroli przez rodziców (test *t*) ( $n=86$ ;  $DA=40$ ;  $DNA=46$ )

Zmienna	Przynależność do rodziny				Test <i>t</i>		
	alkoholowej		niealkoholowej		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	średnia	<i>SD</i>	średnia	<i>SD</i>			
<b>Poziom zdrowia/zaburzeń</b>							
Natężenie lęku	3.36	1.61	2.86	1.37	-1.530	84	.130
Poziom nadpobudliwości	5.78	1.50	5.31	1.39	-1.518	84	.133
Deficyty uwagi	5.93	1.59	5.36	1.51	-1.693	84	.094
Nadaktywność	5.64	1.65	5.13	1.60	-1.441	84	.153
Impulsywność	5.74	1.70	5.48	1.68	-.710	84	.480
<b>Temperament</b>							
Emocjonalność	5.84	1.32	5.52	1.43	-1.067	84	.289
Aktywność	7.99	1.49	8.19	1.30	.669	84	.505
Towarzystwość	7.85	1.40	7.96	1.44	.374	84	.709
Nieśmiałość	4.52	1.65	4.25	1.46	-.797	84	.427
<b>Typ przywiązania</b>							
<b>Przywiązanie bezpieczne</b>	<b>7.45</b>	<b>1.11</b>	<b>8.20</b>	<b>.69</b>	<b>3.695</b>	<b>63.413</b>	<b>.000</b>
Przywiązanie lękowo unikające	3.04	1.08	2.71	.94	-1.516	84	.133
Przywiązanie lękowo ambiwalentne	4.74	1.24	4.40	1.37	-1.193	84	.236
<b>Przywiązanie zdeorganizowane</b>	<b>3.21</b>	<b>1.40</b>	<b>2.40</b>	<b>1.15</b>	<b>-2.956</b>	<b>84</b>	<b>.004</b>
<b>Stopień udzielanego wsparcia i sprawowania kontroli przez rodziców</b>							
Silna kontrola silne wsparcie	8.59	1.06	8.96	.63	1.922	61.993	.059
Słaba kontrola silne wsparcie	4.59	1.00	4.41	.81	-.924	84	.358
<b>Silna kontrola słabe wsparcie</b>	<b>6.01</b>	<b>1.38</b>	<b>5.39</b>	<b>1.14</b>	<b>-2.288</b>	<b>84</b>	<b>.025</b>
Słaba kontrola słabe wsparcie	4.05	.98	3.77	.72	-1.509	84	.135

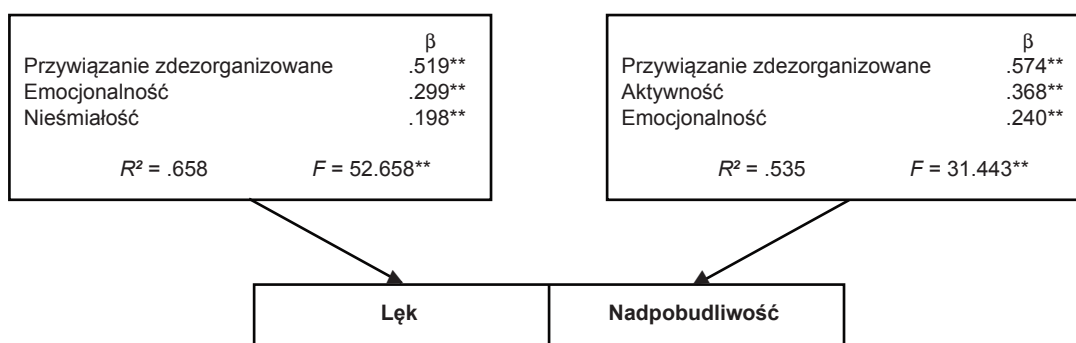
Źródło: opracowanie własne.

Projektując równania regresji, w celu wyjaśnienia, jakie czynniki przyczyniają się do eksternalizacji i internalizacji zaburzeń, po stronie zmiennych zależnych umieszczono: natężenie lęku oraz nadpobudliwość psychoruchową, uwzględniając oddzielnie każdy z jej komponentów, czyli deficyty uwagi, nadaktywność i impulsywność. Zestaw zmiennych niezależnych obejmował następujące czynniki: (1) typ przywiązania: (1a) przywiązanie bezpieczne, (1b) przywiązanie ambiwalentne, (1c) przywiązanie zdeorganizowane, (1d) przywiązanie lękowe; (2) styl wychowania: (2a) silna kontrola, silne wsparcie, (2b) silna kontrola, słabe wsparcie, (2c) słaba kontrola, silne wsparcie, (2d) słaba kontrola, słabe wsparcie; (3) cechy temperamentu: (3a) emocjonalność, (3b) towarzyskość, (3c) aktywność, (3d) nieśmiałość.

Okazało się, że dla wysokiego poziomu lęku u dzieci przedszkolnych istotne są kolejno: (1) silne przywiązanie typu zdeorganizowanego ( $\beta=.519$ ;  $p<.01$ ), (2) silna emocjonalność ( $\beta=.299$ ;  $p<.01$ ), oraz (3) silna nieśmiałość ( $\beta=.204$ ;  $p<.01$ ). Dla tego równania regresji współczynnik determinacji osiągnął poziom stosunkowo wysoki, bo  $R^2=.658$  ( $F=52.658$ ;  $p<.01$ ). Taki współczynnik oznacza, że wybrane zmienne w dużym stopniu wyjaśniają pojawienie się wysokiego poziomu lęku u dzieci przedszkolnych. Graficzne przedstawienie zmiennych obrazuje Rycina 2.

Rozwiązane równania regresji w zakresie eksternalizacji wskazują, na związek pomiędzy: (1) występowaniem silnego przywiązania o charakterze zdeorganizowanym ( $\beta=.574$ ;  $p<.01$ ), (2) wysoką aktywnością ( $\beta=.368$ ;  $p<.01$ ), oraz (3) silną emo-





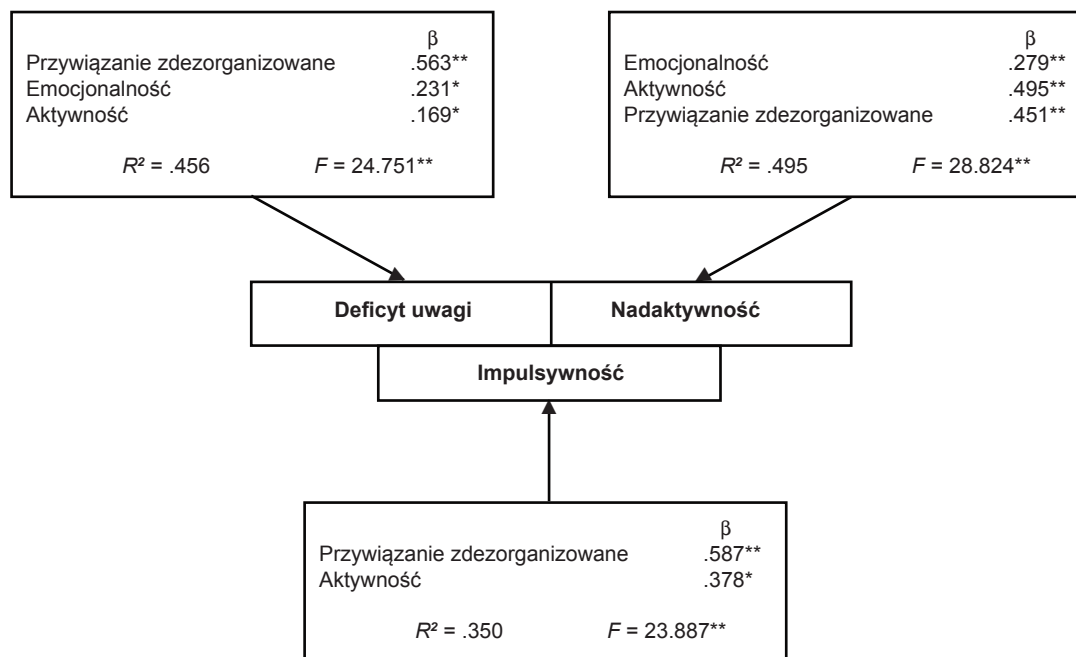
Ryc. 2. Związki pomiędzy temperamentem, typem przywiązania, stylem wychowania a lękiem i nadpobudliwością – wyniki analizy regresji wielokrotnej metodą krokową – dzieci przedszkolne. (\*\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .01$ ; (\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .05$ . Źródło: opracowanie własne.

emocjonalnością ( $\beta = .240$ ;  $p < .01$ ) a nadpobudliwością psychoruchową dzieci. Współczynnik determinacji wynosi  $R^2 = .535$  ( $F = 31.443$ ;  $p < .01$ ).

Rozwiązano również równania regresji, w których po stronie zmiennych zależnych znalazły się zmienne cząstkowe składające się na nadpobudliwość psychoruchową, czyli: deficyty uwagi, nadaktywność oraz impulsywność. Wyniki tych równań regresji wskazują, że inne zmienne są istotne dla

poszczególnych aspektów nadpobudliwości. Okazało się, że:

- dla deficytów uwagi są to: (1) silne przywiązanie o charakterze zdeorganizowanym ( $\beta = .563$ ;  $p < .01$ ), (2) silna emocjonalność ( $\beta = .231$ ;  $p < .05$ ), oraz (3) wysoka aktywność ( $\beta = .169$ ;  $p < .05$ ). Współczynnik determinacji tego równania regresji osiągnął poziom  $R^2 = .456$  ( $F = 24.751$ ;  $p < .01$ ),



Ryc. 3. Związki pomiędzy temperamentem, typem przywiązania, stylem wychowania a wymiarami nadpobudliwości – wyniki analizy regresji wielokrotnej metodą krokową – dzieci przedszkolne. (\*\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .01$ ; (\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .05$ . Źródło: opracowanie własne.

- dla nadaktywności ważne okazały się (1) silna emocjonalność ( $\beta=.279$ ;  $p<.01$ ), (2) wysoka aktywność ( $\beta=.495$ ;  $p<.01$ ), oraz (3) przywiązanie zdezorganizowane ( $\beta=.451$ ;  $p<.01$ ). Współczynnik determinacji tego równania regresji osiągnął poziom  $R^2=.495$  ( $F=28.824$ ;  $p<.01$ ),
- dla impulsywności istotne jest (1) wystąpienie przywiązania zdezorganizowanego ( $\beta=.587$ ;  $p<.01$ ), oraz (2) przejawianie przez dziecko silnej aktywności ( $\beta=.378$ ;  $p<.01$ ). Współczynnik determinacji tego równania regresji osiągnął poziom  $R^2=.350$  ( $F=23.887$ ;  $p<.01$ ) (por. Rycina 3).

## OKRES ADOLESCENCJI

W grupie licealistów, w porównaniu z grupą przedшкоlną, odnotowano więcej różnic pomiędzy młodzieżą wychowującą się w rodzinach alkoholowych i niealkoholowych. Związane były one zarówno z funkcjonowaniem młodzieży, jak i ich rodzin.

### **Eksternalizacja i internalizacja problemów.**

W zakresie funkcjonowania młodzieży licealnej stwierdzono różnice w poziomie zdrowia i choroby. Młodzież wychowującą się w rodzinach alkoholowych cechuje większe nasilenie zaburzeń związanych zarówno z internalizacją ( $\bar{x}_1=2.71$ ;  $\bar{x}_2=1.94$ ;  $SD_1=.86$ ;  $SD_2=.99$ ;  $t=3.619$ ;  $p<.000$ ) jak i eksternalizacją ( $\bar{x}_1=3.06$ ;  $\bar{x}_2=2.27$ ;  $SD_1=1.29$ ;  $SD_2=1.19$ ;  $t=2.908$ ;  $p=.004$ ) problemu. W obszarze internalizacji problemów dzieci z rodzin alkoholowych przejawiają większe natężenie zaburzeń związanych z wycofaniem ( $\bar{x}_1=2.96$ ;  $\bar{x}_2=2.15$ ;  $SD_1=1.49$ ;  $SD_2=1.21$ ;  $t=2.819$ ;  $p=.006$ ) oraz lękiem i depresją ( $\bar{x}_1=2.59$ ;  $\bar{x}_2=1.72$ ;  $SD_1=1.20$ ;  $SD_2=1.31$ ;  $t=3.022$ ;  $p=.003$ ). W zakresie eksternalizacji problemów różnice dotyczyły obydwu wyodrębnionych komponentów zachowań niedostosowawczych ( $\bar{x}_1=3.09$ ;  $\bar{x}_2=2.27$ ;  $SD_1=1.27$ ;  $SD_2=1.24$ ;  $t=2.920$ ;  $p=.004$ ) oraz zachowań agresywnych ( $\bar{x}_1=3.47$ ;  $\bar{x}_2=2.57$ ;  $SD_1=1.66$ ;  $SD_2=1.56$ ;  $t=2.571$ ;  $p=.011$ ).

**Cechy temperamentu.** Zaobserwowane różnice wśród cech temperamentu dotyczyły: emocjonalności ( $\bar{x}_1=5.37$ ;  $\bar{x}_2=4.75$ ;  $SD_1=.84$ ;  $SD_2=1.08$ ;  $t=4.05$ ;  $p<.000$ ), a w szczególności dwóch jej składowych: niezadowolenia ( $\bar{x}_1=5.29$ ;  $\bar{x}_2=4.14$ ;  $SD_1=1.28$ ;  $SD_2=1.46$ ;  $t=3.454$ ;  $p=.001$ ) oraz strachu ( $\bar{x}_1=5.54$ ;  $\bar{x}_2=4.44$ ;  $SD_1=1.55$ ;  $SD_2=1.41$ ;  $t=3.284$ ;  $p=.001$ ). Dzieci z rodzin alkoholowych cechuje silniejszy strach i większe niezadowolenie.

**Styl przywiązania.** Zaobserwowane różnice pomiędzy młodzieżą wychowującą się w rodzinach alkoholowych i niealkoholowych dotyczyły typów przywiązania oraz wzorów relacji. Dzieci z rodzin alkoholowych w tym wieku charakteryzuje tendencja do tworzenia przywiązania typu lękowego ( $\bar{x}_1=5.64$ ;  $\bar{x}_2=4.79$ ;  $SD_1=1.02$ ;  $SD_2=1.46$ ;  $t=3.333$ ;  $p=.001$ ) i lękowo-ambivalentnego ( $\bar{x}_1=6.17$ ;  $\bar{x}_2=5.63$ ;  $SD_1=1.07$ ;  $SD_2=1.01$ ;  $t=2.377$ ;  $p=.019$ ).

### **Czynniki charakteryzujące funkcjonowanie rodziny.**

Środowisko rodzinne różni się również w zakresie relacji do jakich dochodzi pomiędzy członkami rodziny. Dzieci z rodzin alkoholowych dorastają w rodzinach, w których nie dostrzegają przejawów miłości pomiędzy rodzicami ( $\bar{x}_1=5.00$ ;  $\bar{x}_2=6.77$ ;  $SD_1=2.16$ ;  $SD_2=2.34$ ;  $t=-3.336$ ;  $p=.001$ ) (por. Tabela 3).

W celu sprawdzenia jakie czynniki są istotne dla występowania zaburzeń o charakterze internalizacji i eksternalizacji problemu zaprojektowano siedem równań regresji. Po stronie zmiennych zależnych umieszczono: (1) zaburzenia o charakterze internalizacji problemu; (1a) wycofanie, (1b) objawy somatyczne, (1c) lęk i depresja, oraz (2) zaburzenia o charakterze eksternalizacji problemu; (2a) zachowania niedostosowane oraz (2b) zachowania agresywne. Po stronie zmiennych niezależnych znalazły się cechy temperamentu: (1a) niezadowolenie, (1b) strach, (1c) złość (1d) aktywność (1e) towarzyskość oraz typ przywiązania charakteryzujący relację dziecko – rodzic, wyróżniono: (2a) przywiązanie bezpieczne, (2b) przywiązanie lękowe, (2c) przywiązanie lękowo-ambivalentne i (2d) przywiązanie lękowo-unikające.

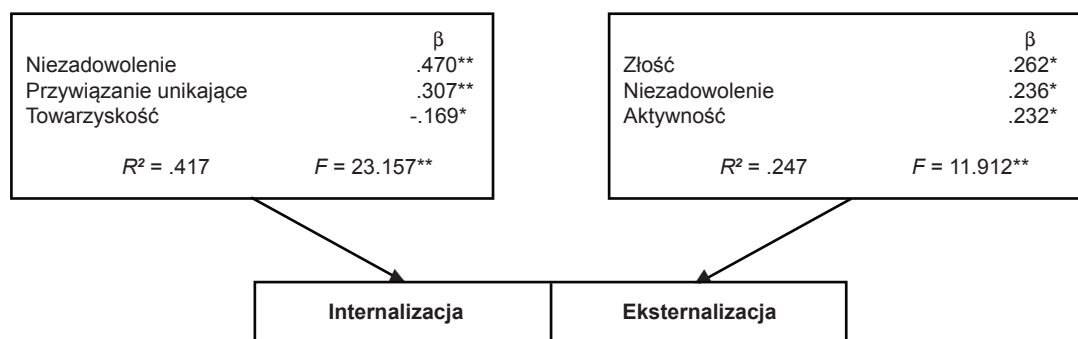
W pierwszej kolejności sprawdzono, jakie czynniki decydują o wystąpieniu zaburzeń o charakterze internalizacji i eksternalizacji problemu. Czynniki sprzyjającymi internalizacji problemów są: wysoki poziom niezadowolenia ( $\beta=.470$ ;  $p<.01$ ), relacja między rodzicem i dzieckiem o charakterze przywiązania unikającego ( $\beta=.307$ ;  $p<.01$ ) oraz niski poziom towarzyskości ( $\beta=-.169$ ;  $p<.05$ ). Współczynnik determinacji wyniósł  $R^2=.417$  ( $F=23.157$ ;  $p<.01$ ). Czynniki predysponującymi do eksternalizacji problemu okazały się wysoki poziom złości ( $\beta=.262$ ;  $p<.05$ ), niezadowolenia ( $\beta=.236$ ;  $p<.05$ ), oraz aktywności ( $\beta=.232$ ;  $p<.05$ ). Współczynnik determinacji wyniósł  $R^2=.247$  ( $F=11.912$ ;  $p<.01$ ) (por. Rycina 4). Testowany zestaw zmiennych w większym stopniu pozwala przewidzieć wystąpienie za-

Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży

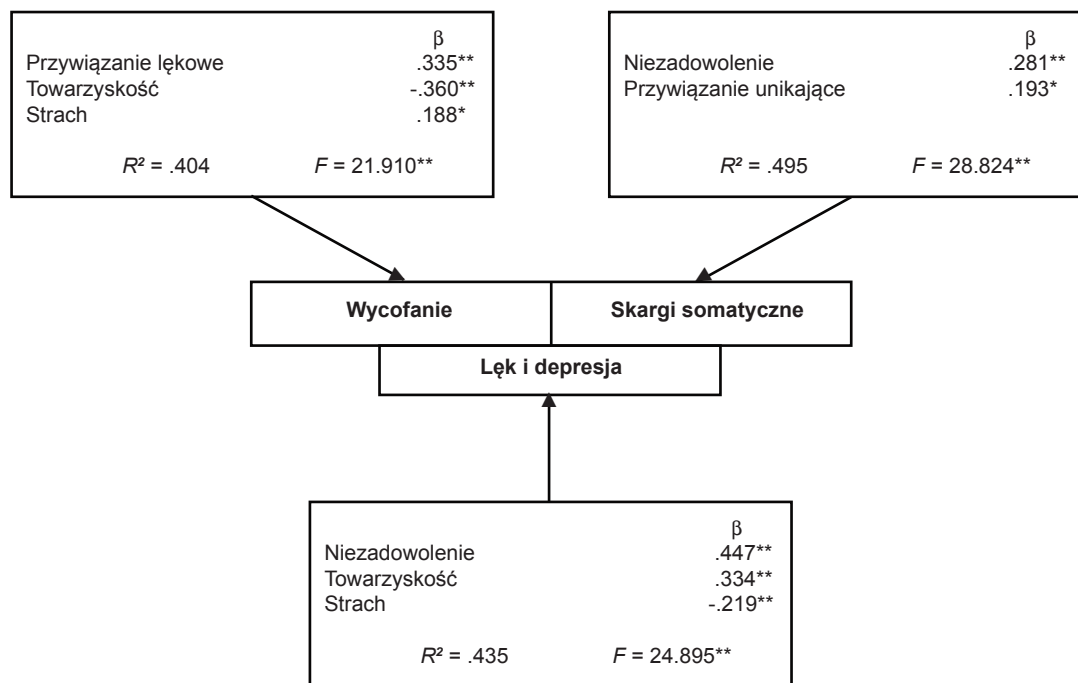
Tabela 3

Porównanie dzieci w okresie licealnym z rodzin alkoholowych i niealkoholowych w zakresie: poziomu zdrowia i choroby, temperamentu, typu przywiązania (test t) (n=110; DA=26; DNA=86).

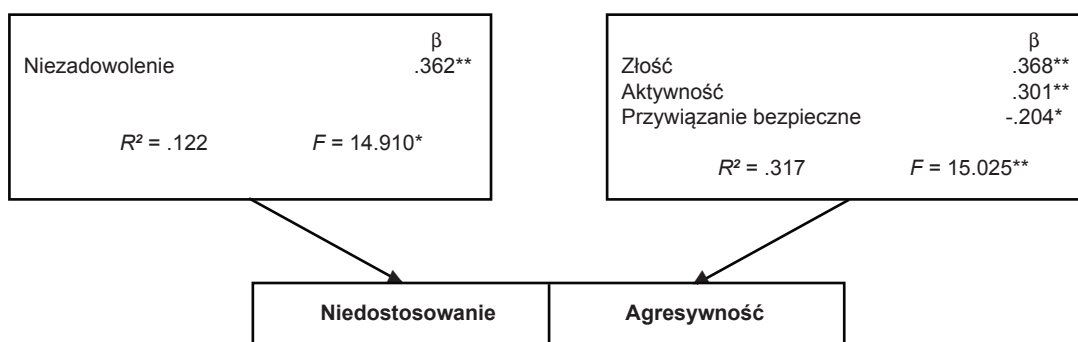
Zmienna	Przynależność do rodziny				Test t		
	alkoholowej		niealkoholowej		t	df	p
	średnia	SD	średnia	SD			
<b>Poziom zdrowia/choroby</b>							
Internalizacja	2.71	.86	1.94	.99	3.619	108	.000
Wycofanie	2.96	1.49	2.15	1.21	2.819	108	.006
Skargi somatyczne	1.78	1.40	1.29	1.23	1.728	108	.087
Lęk i depresja	2.59	1.20	1.72	1.31	3.022	108	.003
Eksternalizacja	3.06	1.29	2.27	1.19	2.908	108	.004
Zachowania niedostosowania	3.09	1.27	2.27	1.24	2.920	108	.004
Zachowania agresywne	3.47	1.66	2.57	1.56	2.571	108	.011
<b>Temperament</b>							
Emocjonalność	5.73	.84	4.75	1.08	4.050	100	.000
Niezadowolenie	5.29	1.28	4.14	1.46	3.454	99	.001
Strach	5.54	1.55	4.44	1.41	3.284	100	.001
Złość	6.35	1.08	5.71	1.53	1.913	100	.059
Aktywność	6.62	1.32	6.22	1.48	1.209	100	.229
Towarzyskość	7.37	1.26	7.45	1.52	-.235	100	.815
<b>Typ przywiązania</b>							
Przywiązanie bezpieczne	6.86	1.40	7.39	1.19	-1.923	108	.057
Przywiązanie lękowo unikające	5.64	1.02	4.79	1.46	3.333	59.599	.001
Przywiązanie unikające	6.37	1.45	6.07	1.33	1.006	108	.317
Przywiązanie ambiwalentne	6.17	1.07	5.63	1.01	2.377	108	.019
<b>Wzory relacji w rodzinie</b>							
Poziom opiekuńczości	7.21	2.27	7.84	2.11	-1.291	106	.200
Poziom więzi pomiędzy rodzicami	5.00	2.16	6.77	2.34	-3.363	105	.001



Ryc. 4. Związki pomiędzy zmiennymi a tendencją do internalizacji i eksternalizacji problemu – wyniki analizy regresji wielokrotnej metodą krokową – młodzież licealna (\*\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .01$ ; (\*) wartość statystyki F istotna na poziomie  $p < .05$ . Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 5. Związki pomiędzy zmiennymi a tendencją do internalizacji problemu (wycofanie, skargi somatyczne, lęk i depresyjność) – wyniki analizy regresji wielokrotnej metodą krokową – młodzież licealna ( $**$ ) wartość statystyki  $F$  istotna na poziomie  $p < .01$ ; ( $*$ ) wartość statystyki  $F$  istotna na poziomie  $p < .05$ . Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 6. Związki pomiędzy zmiennymi a tendencją do eksternalizacji problemu (niedostosowanie i agresywność) – wyniki analizy regresji wielokrotnej metodą krokową – młodzież licealna ( $**$ ) wartość statystyki  $F$  istotna na poziomie  $p < .01$ ; ( $*$ ) wartość statystyki  $F$  istotna na poziomie  $p < .05$ . Źródło: opracowanie własne.



burzeń o charakterze internalizacji niż eksternalizacji problemu.

Sprawdzono także, jakie czynniki są istotne dla wystąpienia poszczególnych składowych świadczących o wystąpieniu internalizacji bądź eksternalizacji problemu. W zakresie internalizacji problemu okazało się, że: (a) wycofanie wyznaczane jest przez silne przywiązanie lękowe ( $\beta=.335$ ;  $p<.01$ ), niski poziom towarzyskości ( $\beta=-.360$ ;  $p<.01$ ) oraz wysoki poziom strachu ( $\beta=.188$ ;  $p<.01$ ;  $R^2=.404$ ;  $F=21.910$ ;  $p<.01$ ); (b) skargi somatyczne związane są z wysokim poziomem niezadowolenia ( $\beta=.281$ ;  $p<.01$ ) oraz z silnym przywiązaniem unikającym ( $\beta=.193$ ;  $p<.05$ ;  $R^2=.140$ ;  $F=7.995$ ;  $p<.01$ ); (c) lęk i depresja wiążą się natomiast z wysokim poziomem niezadowolenia ( $\beta=.447$ ;  $p<.01$ ), silnym przywiązaniem unikającym ( $\beta=.334$ ;  $p<.01$ ) oraz niskim poziomem towarzyskości ( $\beta=-.219$ ;  $p<.01$ ;  $R^2=.435$ ;  $F=24.865$ ;  $p<.01$ ) (por. Rycina 5).

Zmienne świadczące o eksternalizacji zaburzeń w postaci niedostosowania i agresywności wiążą się z inną konfiguracją zmiennych. Okazało się, że niedostosowanie współwystępuje z wysokim poziomem niezadowolenia ( $\beta=.362$ ;  $p<.01$ ;  $R^2=.122$ ;  $F=14.910$ ;  $p<.05$ ), natomiast agresywność z silną złością ( $\beta=.368$ ;  $p<.01$ ), wysoką aktywnością ( $\beta=.301$ ;  $p<.01$ ) i niskim poziomem przywiązania bezpiecznego ( $\beta=-.204$ ;  $p<.05$ ;  $R^2=.317$ ;  $F=15.025$ ;  $p<.01$ ) (por. Rycina 6).

## WNIOSKI I DYKUSJA

Od lat badania naukowe próbują zweryfikować trafność, poczynionych przez praktyków klinicznych, charakterystyk dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Akcentuje się w nich po pierwsze, występowanie istotnych różnic między dziećmi alkoholików i niealkoholików w różnych obszarach funkcjonowania, na przykład poznawczego, emocjonalnego czy społecznego; po drugie, istotnie większe rozpowszechnienie i nasilenie, na każdym z etapów życia dzieci alkoholików – od przedszkola do okresu dorosłości, różnych zaburzeń i problemów psychicznych (np. Woititz, 2001; Robinson, 1998; Wegscheider-Cruse, 2000).

Uznając, że dzieci alkoholików to grupa wysokiego ryzyka pojawienia się różnych zaburzeń podjęto próbę empirycznego zweryfikowania dwóch następujących problemów: (1) czy i jakie występują różnice pomiędzy dziećmi alkoholików i niealkoholików w nasileniu internalizacji i eksternalizacji zaburzeń oraz (2) jakie czynniki ryzyka o charakterze podmiotowym (temperament, styl przywiąza-

nia) i rodzinnym (styl sprawowania funkcji rodzicielskich i relacje między rodzicami) determinują ich wystąpienie w okresie przedszkolnym i adolescencji. Na pierwsze pytanie, w świetle wyników badań, należy odpowiedzieć, że dzieci alkoholików i niealkoholików są bardziej do siebie podobne we wcześniejszym niż w późniejszym okresie życia zarówno pod względem poziomu zdrowia, jak i nasilenia zaburzeń o charakterze internalizacji i eksternalizacji problemów; na drugie, że uwarunkowania zaburzeń eksternalizacyjnych należy wyjaśniać inną konfiguracją zmiennych niż internalizacyjnych.

Porównując uzyskane wyniki badań w grupie dzieci przedszkolnych i grupie adolescentów uwagę zwracają trzy kwestie dotyczące różnic lub braku różnic między potomstwem z rodzin z problemem alkoholowym i rodzin bez takiego problemu. W porównywanych grupach przedszkolaków obserwuje się nie tylko brak różnic w nasileniu tendencji do internalizacji i eksternalizacji zaburzeń, ale także podobne konfiguracje nasilenia cech temperamentu: wyższe wyniki zaznaczone są na skalach aktywności i towarzyskości, niższe na nieśmiałości i emocjonalności. Wyraźne różnice rysują się w częstości występowania bezpiecznego i pozabezpiecznego (zdezorganizowanego) stylu przywiązania oraz stopnia udzielanego przez rodziców wsparcia i nasilenia behawioralnej a także psychicznej kontroli nad dzieckiem. Potomstwo rodziców niealkoholików ujawnia częściej bezpieczny styl przywiązania, który wiąże się z pozytywnym obrazem siebie i pozytywnym stosunkiem do innych ludzi, natomiast dzieci alkoholików częściej ujawniają przywiązanie zdezorganizowane, które charakteryzuje się silnym lękiem przed opiekunem i próbami skontrolowania go albo w sposób opiekuńczy i troskliwy, albo agresywny. Jeśli taki sposób widzenia rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej współwystępuje z silną kontrolą behawioralną i psychiczną dziecka, przy słabym wsparciu rodziców, to mogą uaktywnić się mechanizmy prowadzące do obu typów zaburzeń.

Powyższy sposób wnioskowania o uwarunkowaniach zaburzeń w całej grupie dzieci w wieku przedszkolnym w pewnym stopniu znajduje potwierdzenie w uzyskanych wynikach badań. Zaprojektowane równania regresji pokazują, że zinternalizowane zaburzenie przejawiające się w postaci nasilonego lęku można wyjaśnić udziałem dwóch czynników: zdezorganizowanego stylem przywiązania i cechami temperamentu: poziomem emocjonalności i nieśmiałości. Podobne dwa czynniki biorą udział

w genezie nadpobudliwości psychoruchowej. Jedy-  
na różnica polega na tym, że zamiast cechy tempe-  
ramentu – nieśmiałość, większe znaczenie dla eks-  
ternalizacji zaburzeń ujawnia cecha – aktywność.  
Współwystępowanie negatywnej emocjonalności  
i wysokiego nasilenia wigoru z silnym lękiem przed  
opiekunem, którego dziecko próbuje skontrolować  
wiąże się z nadpobudliwością przedszkolaków (bez  
względu na to czy ich rodzice są uzależnieni, czy  
piją umiarkowanie). Oddziaływania rodzicielskie,  
co w pewnym stopniu pokrywa się z innymi wy-  
nikami badań (Avenevoli, Conway i Merikangas,  
2005) nie mają bezpośredniego znaczenia w ujawni-  
aniu się problemów psychicznych u dzieci.

W okresie adolescencji zaobserwowano istotne  
różnice między licealistami z rodzin z problemem  
alkoholowym a grupą porównawczą pod względem:  
nasilenia eksternalizacji (niedostosowane i agre-  
sywne zachowania) i internalizacji (wycofanie, lęk  
i depresja) zaburzeń. Różnice te występują również  
w zakresie cech temperamentu, zwłaszcza tych  
przejawiających się większym nasileniem nega-  
tywnej emocjonalności (niezadowolenie i strach),  
częstości występowania lękowego przywiązania  
i poziomu więzi między rodzicami i dziećmi. Gene-  
ralnie młodzież z rodzin alkoholików charaktery-  
zuje się większą tendencją do reagowania w róż-  
nych sytuacjach niezadowoleniem i strachem oraz  
negatywnym obrazem siebie i innych ludzi. Taka  
konfiguracja cech, jak pokazują badania na innych  
grupach młodzieży, współwystępują często z niski-  
mi umiejętnościami społecznymi oraz skłonnością  
do izolowania się i wycofywania z relacji, co zwrót-  
nie prowokuje niechęć rówieśników i realne od-  
rzucenie przez grupę (por. Allen, Borman-Spurrell  
i Hauser, 1996).

Internalizacja zaburzeń współwystępuje z unika-  
jącym stylem przywiązania oraz większym nasile-  
niem niezadowolenia, przy mniejszym poziomie to-  
warzyskości. Unikający styl przywiązania u dzieci  
alkoholików wiąże się raczej z dewaluacją rodziców  
niż ich idealizacją co powoduje, że staje się on bar-  
dziej podobny do stylu zdezorganizowanego (Rosen-  
stein i Horowitz, 1996). Natomiast eksternalizacja  
zaburzeń, przejawiająca się w postaci zachowań  
agresywnych i niedostosowanych współwystępuje  
ze znacznym poziomem negatywnej emocjonalno-  
ści, wynikającej z nasilenia takich cech tempera-  
mentu, jak złość, niezadowolenie i aktywność. Na-  
leży podkreślić, że weryfikowany model struktury  
zmiennych wskazujących na przyczyny zaburzeń  
jest bardziej trafny do wyjaśnienia zaburzeń pole-  
gających na internalizacji niż eksternalizacji i to

zarówno w grupie dzieci przedszkolnych, jak i mło-  
dzieży licealnej. W grupie adolescentów, podobnie  
jak w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym,  
utrzymywanie się zaburzeń nie jest bezpośrednio  
związane z poziomem opiekuńczości rodziców i wię-  
zi między rodzicami.

Pomimo tego, że w ostatnich latach liczba badań  
nad eksternalizacją i internalizacją zaburzeń w gru-  
pie dzieci alkoholików bardzo wzrosła, to w dalszym  
ciągu istnieją spore trudności w wyjaśnieniu ich  
uwarunkowań. Jako bardziej zagrażającą dla roz-  
woju dzieci i młodzieży uznaje się ścieżkę ekster-  
nalizacji zaburzeń, ponieważ często prowadzi ona  
do zaburzeń związanych z używaniem substancji  
psychoaktywnych. Choć zdecydowanie mniej wie-  
my o ścieżce internalizacji, to właśnie wyjaśnienie  
mechanizmu kształtowania zaburzeń lękowych czy  
depresyjnych wydaje się ogromnie ważne.

## LITERATURA

- Achenbach, T.M. (1982). Assessment and taxonomy of chil-  
dren's behavior disorders. W: B. Lahey, A.E. Kazdin  
(red.), *Advances in clinical psychology* (t. 5, s. 2–38). New  
York: Plenum Press.
- Allen J.P., Borman-Spurrell E., Hauser S.T. (1996). Attach-  
ment theory as a framework for understanding squeal of  
severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up  
study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64,  
2, 254–263.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and  
statistical manual of mental disorders* (4 wyd.). Washing-  
ton: DC.
- Avenevoli, S., Conway, K.P., Merikangas, K.R. (2005). Fa-  
miliar risk factors for substance use disorders. W: J.L.  
Hudson, R.M. Rapee (red.), *Psychopathology and the  
family* (s. 167–192). London: Elsevier Ltd.
- Bahr, S., Marcos., Maughan, S. (1995). Family, educational  
and peer influences on the alcohol use of female and male  
adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 456–469.
- Beesley, D., Stoltenberg, C.D. (2002). Control, attachment  
style, and relationship satisfaction among adult children  
of alcoholics. *Journal of Mental Health Counseling*, 24,  
4, 281–298.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss (t. 1). *Attachment*.  
London: Hogarth Press.
- Chassin, L., Rogosch, F., Barrera, M. (1991). Substance use  
and symptomatology among adolescent children of alco-  
holics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449–463.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C., Todd, M. (1999). A lon-  
gitudinal study of children of alcoholics: Predicting young  
adult substance use disorders, anxiety, and depression.  
*Journal of Abnormal Psychology*, 108, 106–119.
- Cicchetti, D. (1999). A developmental psychopathology per-  
spective on drug abuse W: M.D. Glantz, Ch.R. Hartel  
(red.), *Drug abuse. Origins & interventions* (s. 97–118).  
Washington: American Psychological Association.

- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1, 6–19.
- Cierpiąłkowska, L., Ziarko, M. (2006). Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików. *Forum Oświatowe, 2*, 35, 77–95.
- 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.
- 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.
- Curran, P.J., Stice, E., Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 130–140.
- Harrington, Ch.M., Metzler, A.E. (1997). Are adult children of dysfunctional families with alcoholism different from adult children of dysfunctional families without alcoholism? A look at committed, intimate relationships. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 1, 450–469.
- 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.
- Hussong, A.M., Wirth, R.J., Edwards, M.C., Curran, P.J., Chassin, L.A., Zucker, R.A. (2007). Externalizing symptoms among children of alcoholics parents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 3, 529–542.
- Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Reviews of Psychology, 54*, 253–276.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Meyers, J., Neale, M.C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry, 60*, 929–937.
- Kendall, P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kim, J.E., Hetherington, E.M., Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescent's externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development, 70*, 5, 1209–1230.
- Lowe, G., Foxcroft, D.R., Sibley, D. (2000). *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Loukas, A., Fitzgerald, H.E., Zucker, R.A., von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 2, 91–106.
- Łukowska, A. (2005). *Wzory przywiązania a internalizacja i eksternalizacja problemów u młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym*. Warszawa: SWPS nie opublikowany maszynopis pracy magisterskiej.
- McGue, M. (2000). Dzieci alkoholików z perspektywy genetyki behawioralnej. W: *Alkohol a zdrowie. Badania nad dziećmi alkoholików* (s. 72–90). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Oniszczenko, W. (1997). *Kwestionariusz Temperamentu EAS Arnolda H. Bussa i Roberta Plomina. Wersje dla dorosłych i dla dzieci. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Robinson, B.E. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Rosenstein D.,S., Horowitz H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 2, 244–253.
- Sher, K.J. (2000). Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików. W: R. Durda (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.
- Szablowska-Chłopek, A. (2005). *Eksternalizacja i internalizacja zaburzeń u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym*. Warszawa: SWPS nie opublikowany maszynopis pracy magisterskiej.
- Wegscheider-Cruse, S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowe*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Weinberg, N.Z. (1997). Developmental effects of parental alcohol use. W: N. Alessi (red.), *Handbook of child and adolescent psychiatry* (t. 4, s.171–187). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Windle, M. (2000). Stan badań nad dziećmi alkoholików: aktualne koncepcje i problemy. *Alkohol a Zdrowie, 26*, 10–26.
- Windle, M., Davies, P.T. (2003). Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: K.E. Leonard, H. T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 209–254). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Woititz, J.G. (2001). *Dorośle dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Praca habilitacyjna z Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Powielono w: Warszawa: Dział Wydawnictw Akademii Medycznej.
- Yahav, R. (2002). External and internal symptoms in children and characteristics of the family system: A comparison of the linear and circumplex model. *The American Journal of Family Therapy, 30*, 39–56.
- Zucker, R.A. (1994). Pathway to alcohol problems and alcoholism: A developmental account of the evidence for multiple alcoholism and for contextual contributions to risk. W: Zucker, R.A., Howard, J., Boyd, G.M. (red.), *The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk*. NIAAA Research Monograph, 26, 255–289.