

Cechy osobowości u osób uzależnionych od alkoholu w kontekście doświadczeń przemocy w dzieciństwie

Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse

Aneta Gerhant, Marcin Olajossy

II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie

Summary

Aim. The aim of this study was to identify groups of alcohol-dependent individuals differing in the severity of childhood physical, emotional and sexual abuse and to find the personality variables that discriminate between those groups.

Methods. The study included 90 individuals dependent on alcohol. The following questionnaires were used: the Temperament and Character Inventory (TCI), the Coping Inventory (COPE), the Buss and Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Cattell's IPAT Anxiety Scale, and the Early Trauma Inventory (ETI).

Results. Two groups of subjects addicted to alcohol were identified: group 1 with high and group 2 with low childhood physical, emotional and sexual abuse indices. The subjects in Group 1 had significantly higher scores than the subjects in Group 2 on the TCI Temperament scales of NS and HA and lower scores on the TCI character scales of SD, C2 and C4. Group 1 subjects were significantly more likely than those from Group 2 to use avoidant coping strategies; they were also less likely to use problem-focused strategies and had significantly higher scores on general anxiety, overt anxiety, latent anxiety, level of aggression, physical aggression, hostility and anger.

Conclusions. The higher severity of childhood physical, emotional and sexual abuse in alcoholics is associated with those personality traits that seem to be crucial for maintaining abstinence and the quality of cooperation in therapy.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, przemoc w dzieciństwie, osobowość

Key words: alcohol dependence, child abuse, personality traits

z czterech części: I – ogólne przeżycia stresowe, II – nadużycia fizyczne, III – nadużycia emocjonalne, IV – nadużycia seksualne. W niniejszej pracy posłużono się jedynie II, III oraz IV częścią kwestionariusza. W każdej z tych części badany pytany jest o fakt narażenia na poszczególne typy przemocy przed 18. rokiem życia. W przypadku odpowiedzi twierdzącej badany w podpunkcie A określa, w którym przedziale wiekowym nadużycie miało miejsce po raz pierwszy: okres przedszkolny (do 5. r.ż), okres szkolny (6–12 lat), okres dojrzewania (13–18 lat). W podpunkcie B określana jest częstość tych zdarzeń na sześciostopniowej skali, od najmniejszej częstości (raz w miesiącu) do największej (codziennie). W celu określenia nasilenia poszczególnych form przemocy wyznacza się indeks, który jest sumą iloczynów punktów uzyskanych w części A i B każdej pozycji w poszczególnych częściach kwestionariusza. W punkcie A badany otrzymuje 18 punktów, jeżeli po raz pierwszy przemocy doświadczył w wieku przedszkolnym, 12 punktów w wieku szkolnym, a 6 punktów w wieku dojrzewania. Za wynik w podpunkcie B uznaje się cyfrę do 1 do 6 [11].

Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru jest operacjonalizacją psychobiologicznego modelu osobowości Cloningera. Składa się z 240 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi: „prawda” lub „fałsz”. 14 twierdzeń zawartych w kwestionariuszu nie wchodzi w skład żadnej ze skal i służy do oceny prawdopodobieństwa występowania zaburzeń osobowości u badanych. Kwestionariusz TCI mierzy 7 wymiarów głównych oraz 24 podwymiary osobowości. Wymiary temperamentu to: Poszukiwanie Nowości (NS), Unikanie Szkody (HA), Zależność od Nagrody (RD), natomiast wymiary charakteru to: Samokierowanie (SD), Skłonność do Współpracy (C), Autotranscendencja (AT) [12].

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Sposobów Radzenia Sobie ze Stresem składa się z 60 twierdzeń, które badany ocenia za pomocą czterostopniowej skali (4 – prawie zawsze tak postępuję, 3 – często tak postępuję, 2 – rzadko tak postępuję, 1 – prawie nigdy tak nie postępuję). Są one następnie pogrupowane w 15 czynników odpowiadających 15 strategiom radzenia sobie ze stresem. W celu redukcji liczby zmiennych posłużono się również czynnikami drugiego rzędu wyodrębnionymi przez autorów kwestionariusza. Odpowiadają one czterem stylom radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie, Zachowania Unikowe, Poszukiwanie Wsparcia i Koncentracja na Emocjach [13].

Arkusze Samopoznania R. B. Cattella jest metodą służącą do badania nasilenia i struktury niepokoju. Arkusz mierzy poziom niepokoju jawnego, ukrytego oraz ogólnego, który jest sumą dwóch pierwszych rodzajów niepokoju. Z niepokoju jawnego osoba zdaje sobie sprawę. W niepokoju ukrytym symptomy są zakamuflowane w taki sposób, że jednostka nie uznaje ich za lęk, lecz za przejaw jakichś innych cech osobowości. Mogą o nim świadczyć takie objawy jak: odczuwanie zazdrości, złości, pragnienie rozpoczynania życia na nowo, objawy somatyzacyjne. Kwestionariusz składa się z 40 pytań i stwierdzeń. Za odpowiedź diagnostyczną przyznaje się 2 punkty. W przypadku trudności w ustosunkowaniu się do pytania zaznacza się znak zapytania i przyznaje 1 punkt. Obliczeń dla poszczególnych czynników dokonuje się na wynikach surowych, a następnie przelicza na steny, co umożliwia ich porównywanie w poszczególnych skalach. W badaniu posłużono się wynikami surowymi [14].

Kwestionariusz Agresji Bussa i Perry'ego służy do badania poziomu agresji jako cechy osobowości. Składa się z 29 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając jedną z pięciu możliwych odpowiedzi: 1 – „zupełnie do mnie nie pasuje”, 2 – „trochę do mnie nie pasuje”, 3 – „trudno powiedzieć”, 4 – „trochę do mnie pasuje”, 5 – „całkowicie do mnie pasuje”. Skala agresji składa się z czterech czynników: agresji fizycznej (PA), agresja słownej (VA), gniewu (A), wrogości (H). Wynik ogólny jest sumą wyników uzyskanych przez osobę badaną w poszczególnych czynnikach [15].

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem oprogramowania STATISTICA 10.0 PL. W celu wyodrębnienia grup pacjentów różniących się wysokością indeksów nadużycia fizycznego, emocjonalnego oraz seksualnego zastosowano niehierarchiczną analizę skupień. Technika ta nosi nazwę metody k-średnich. Polega ona na tworzeniu skupień w taki sposób, aby średnia odległość między wszystkimi przypadkami w powstającym skupieniu była jak najmniejsza, czyli jest nastawiona na maksymalizację podobieństwa między obiektami tworzącymi skupienie, minimalizację zróżnicowania wewnątrzgrupowego oraz maksymalizację odległości między skupieniami, czyli minimalizację wariancji wewnątrz oraz maksymalizację wariancji między skupieniami [16]. Zgodność rozkładu zmiennych pomiędzy wyodrębnionymi grupami z rozkładem normalnym sprawdzono za pomocą testów Kołmogorowa–Smirnowa z poprawką Lillieforsa oraz testu Shapiro–Wilka. Ponieważ zmienne ilościowe nie miały rozkładu normalnego, wyniki przedstawiono w postaci mediany i porównano za pomocą testu U Manna–Whitneya.

Wyniki

Z 90 osób objętych badaniem wyodrębniono dwie grupy odznaczające się charakterystycznym układem wyników w zakresie indeksów nadużycia fizycznego, emocjonalnego i seksualnego (tab. 1). Podział na dwie grupy uzasadniają argumenty statystyczne oraz merytoryczne: liczebność grup pozwalająca na porównywanie ich pod względem określonych zmiennych oraz ich wyraźne znaczenie psychologiczne. Grupa 1 (n = 20) charakteryzowała się istotnymi statystycznie wyższymi indeksami nadużycia fizycznego (p = 0,001), emocjonalnego (p = 0,004) oraz seksualnego (p = 0,001) przed 18. rokiem życia niż grupa 2 (n = 70).

Tabela 1. Średnie indeksy nadużycia emocjonalnego (INE), seksualnego (INS) i fizycznego (INF) u wyodrębnionych grup osób z zespołem uzależnienia od alkoholu

	Grupa 1 (n = 20)		Grupa 2 (n = 70)		t	p
	M	SD	M	SD		
INE	257,20	84,23	56,34	47,91	13,73	0,001
INS	60,30	147,14	6,37	24,93	2,96	0,004
INF	177,70	91,26	48,06	35,38	9,70	0,001

M – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, t – wartość testu t, p – istotność statystyczna

Badani, u których narażenie na przemoc fizyczną, emocjonalną i seksualną w dzieciństwie było większe (grupa 1), uzyskali istotnie wyższe wyniki niż osoby z grupy

2 w następujących skalach temperamentu: NS ($p = 0,012$), NS2 ($p = 0,022$), NS4 ($p = 0,004$), HA ($p = 0,046$), HA1 ($p = 0,002$), HA4 ($p = 0,026$). Różnice o wyższym poziomie istotności statystycznej dotyczyły wymiarów i podwymiarów charakteru kwestionariusza TCI, gdzie badani z grupy 1 osiągnęli istotnie niższe wyniki niż osoby z grupy 2 w zakresie: SD ($p = 0,001$), SD1 ($p = 0,003$), SD2 ($p = 0,002$), SD3 ($p = 0,013$), SD4 ($p = 0,005$), SD5 ($p = 0,005$), C2 ($p = 0,002$), C4 ($p = 0,029$). Do poziomu istotności statystycznej zbliżała się różnica w zakresie wymiaru C ($p = 0,06$). Wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Porównanie wyników uzyskanych przez grupę 1 i 2 w zakresie kwestionariusza TCI

Wymiary i podwymiary TCI	Grupa 1	Grupa 2	Z	p
	Mediana	Mediana		
WYMIARY I PODWYMIARY TEMPERAMENTU				
NS – Poszukiwanie nowości	0,66	0,59	2,51	0,012
NS1 – Ciekawość poznawcza	0,45	0,45	0,00	1,000
NS2 – Impulsywność	0,65	0,50	2,30	0,022
NS3 – Ekstrawagancja	0,89	0,89	1,66	0,097
NS4 – Nieuporządkowanie	0,70	0,50	2,91	0,004
HA – Unikanie szkody	0,69	0,60	2,00	0,046
HA1 – Pesymizm	0,64	0,45	3,10	0,002
HA2 – Lęk przed niepewnością	0,71	0,71	0,11	0,911
HA3 – Lęk społeczny	0,75	0,63	1,41	0,158
HA4 – Męczliwość i astenia	0,67	0,44	2,23	0,026
RD – Zależność od nagrody	0,56	0,59	-1,25	0,211
RD1 – Sentymentalność	0,60	0,75	-2,17	0,312
RD2 – Przywiązanie	0,50	0,50	-1,30	0,195
RD3 – Zależność	0,59	0,50	0,82	0,409
WYMIARY I PODWYMIARY CHARAKTERU				
SD – Samokierowanie	0,31	0,44	-3,73	0,001
SD1 – Odpowiedzialność	0,25	0,44	-2,94	0,003
SD2 – Celowość postępowania	0,32	0,50	-3,07	0,002
SD3 – Zaradność	0,20	0,40	-2,49	0,013
SD4 – Samoakceptacja	0,27	0,45	-2,81	0,005
SD5 – Dobre nawyki	0,29	0,46	-2,80	0,005
C – Skłonność do współpracy	0,54	0,65	-1,88	0,060
C1 – Tolerancja	0,63	0,75	-1,04	0,299

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

C2 – Empatia	0,43	0,57	-3,13	0,002
C3 – Gotowość do pomocy	0,50	0,50	-1,15	0,250
C4 – Wrozumiałość	0,60	0,70	-2,18	0,029
C5 – Zintegrowane sumienie	0,67	0,67	-0,17	0,865
AT – Autotranscendencja	0,39	0,48	-1,62	0,106
AT1 – Reaktywne przekraczanie „Ja”	0,50	0,55	-0,62	0,535
AT2 – Transpersonalna identyfikacja	0,33	0,56	-2,08	0,201
AT3 – Akceptacja duchowości	0,42	0,50	-1,11	0,269

Z – wartość testu U Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

Następnie poddano analizie wyniki uzyskane przez wyodrębnione grupy w kwestionariuszu COPE. Badani z grupy 1 posiadali istotnie większą skłonność niż osoby z grupy 2 do stosowania takich strategii radzenia sobie ze stresem jak: zaprzestanie działań ($p = 0,009$) oraz używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych ($p = 0,018$), natomiast rzadziej wykorzystywali strategię polegającą na powstrzymaniu się od działania ($p = 0,047$). Większe narażenie na przemoc w dzieciństwie wiązało się z tendencją do stosowania unikowego stylu radzenia sobie ze stresem ($p = 0,010$) oraz rzadszym wykorzystywaniem stylu zadaniowego ($p = 0,030$). Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Wyniki uzyskane przez wyodrębnione grupy osób uzależnionych od alkoholu w zakresie inwentarza COPE

COPE	Grupa 1	Grupa 2	Z	p
	Mediana	Mediana		
STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM				
Aktywne radzenie sobie	10,00	11,00	-1,83	0,067
Planowanie	9,00	11,00	-1,17	0,240
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	10,00	11,00	-0,62	0,535
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	8,50	10,00	-1,10	0,271
Unikanie konkurencyjnych działań	9,50	10,50	-1,41	0,159
Zwrot ku religii	7,00	10,00	-1,48	0,139
Pozytywne przewartościowanie i rozwój	9,00	9,00	-0,95	0,344
Powstrzymywanie się od działania	9,50	10,50	-1,98	0,047
Akceptacja	11,00	11,00	0,85	0,393
Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie	11,00	11,00	0,30	0,767
Zaprzeczanie	9,00	8,00	1,12	0,262
Odwracanie uwagi	10,00	9,00	1,60	0,110
Zaprzestanie działań	11,00	8,00	2,60	0,009

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	14,00	12,00	2,37	0,0108
Poczucie humoru	7,00	7,00	0,67	0,503
STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM				
Aktywne radzenie sobie	9,40	10,40	-2,16	0,030
Poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach	9,38	10,00	-1,21	0,225
Zachowania unikowe	10,42	9,42	2,58	0,010

Z – wartość testu U Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

Badani, którzy uzyskali wyższe wyniki w zakresie indeksów INF, INE, INS (grupa 1), charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem niepokoju jawnego ($p = 0,001$), niepokoju ukrytego ($p = 0,001$) oraz niepokoju ogólnego ($p = 0,001$), co ukazuje tabela 4.

Tabela 4. Wyniki uzyskane przez badanych z wyodrębnionych grup w zakresie Arkusza Samopoznania R.B. Cattella

Arkusze Samopoznania R.B. Cattella	Grupa 1	Grupa 2	Z	p
	Mediana	Mediana		
Niepokój ukryty	27,50	21,50	4,08	0,001
Niepokój jawny	28,50	20,50	3,70	0,001
Niepokój ogólny	57,00	44,00	4,03	0,001

Z – wartość testu U Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

Dane zamieszczone w tabeli 5 informują, że większe nasilenie przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej doświadczanej przed 18. rokiem życia wiąże się z istotnie wyższym poziomem agresji ogólnej ($p = 0,004$) oraz 3 jej czynników: gniewu ($p = 0,041$), agresji fizycznej ($p = 0,006$) oraz wrogości ($p = 0,015$).

Tabela 5. Wyniki uzyskane przez wyodrębnione grupy osób uzależnionych od alkoholu w zakresie kwestionariusza BPAQ

Czynniki BPAQ	Grupa 1	Grupa 2	Z	p
	Mediana	Mediana		
Gniew	4,00	3,43	2,05	0,041
Agresja fizyczna	3,73	2,89	2,72	0,006
Wrogość	4,00	3,44	2,43	0,015
Agresja werbalna	3,80	3,40	1,66	0,097
Wynik ogólny	114,50	96,00	2,86	0,004

Z – wartość testu U Manna-Whitneya, p – istotność statystyczna

Omówienie wyników

Według Cloningera osobowość jest złożonym i zhierarchizowanym systemem, który można rozłożyć na dwa odrębne psychobiologiczne czynniki: temperament i charakter. Temperament jest zestawem genetycznie i neurobiologicznie uwarunkowanych dyspozycji do wczesnych emocji (złości, strachu, przywiązania) oraz związanych z nimi automatycznych reakcji behawioralnych (aktywacji, inhibicji, podtrzymania aktywności) uruchamianych w odpowiedzi na specyficzne bodźce środowiskowe (nowość, niebezpieczeństwo, nagroda). Indywidualne różnice temperamentalne uwarunkowane są odmiennościami w zakresie funkcjonowania pamięci proceduralnej oraz związanych z nią presemantycznych procesów przetwarzania informacji wzrokowo-przestrzennych i stanów emocjonalnych [17, 18]. Poszukiwanie nowości wiąże się z aktywnością układu dopaminergicznego, unikanie szkody z aktywnością układu serotonergicznego, natomiast zależność od nagrody pozostaje w relacji do układu noradrenergicznego [19]. Charakter określa te cechy jednostki, które są nabywane i kształtowane w okresie rozwojowym. Podlega on wpływowi procesów związanych z uczeniem się i wychowaniem. U podłoża kształtowania charakteru leży pamięć deklaratywna zależna od połączeń neuronalnych w obrębie hipokampa i kory nowej. W przeciwieństwie do temperamentu, który odzwierciedla indywidualne różnice w zakresie automatycznych reakcji emocjonalnych i nawyków, charakter wiąże się z osobniczymi różnicami dotyczącymi spostrzegania siebie oraz własnych celów i wartości [17]. Badani, u których narażenie na przemoc w dzieciństwie było większe, osiągnęli istotnie wyższe wyniki w zakresie dwóch głównych wymiarów temperamentu: poszukiwania nowości, unikania szkody oraz w zakresie takich podwymiarów jak: impulsywność, nieuporządkowanie, pesymizm, męczliwość i astenia. Oznacza to, że intensywniej reagują na nowe bodźce, aktywniej poszukują stymulacji, są bardziej impulsywni, pobudliwi, posiadają niższy poziom tolerancji frustracji. Są również mniej systematyczni i uporządkowani w działaniu oraz częściej preferują działania nieograniczone surowymi regułami i zasadami. Z drugiej strony obserwuje się u nich większą skłonność do zamartwiania się, pesymizmu, odczuwania stanów chronicznego zmęczenia i braku energii. Różnice o wyższym poziomie istotności statystycznej wystąpiły między wyodrębnionymi grupami w zakresie skal charakteru: samokierowania, wszystkich jego podwymiarów oraz empatii i wyrozumiałości. Różnica w zakresie skłonności do współpracy między wyodrębnionymi grupami zbliżyła się do poziomu istotności statystycznej ($p = 0,06$).

Otrzymane wyniki pozwalają wnioskować, że osoby uzależnione od alkoholu, u których nasilenie przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej doświadczanej przed 18. rokiem życia było większe, charakteryzują się większą skłonnością do zrzucania odpowiedzialności za swoje zachowania i wybory na innych lub zewnętrzne okoliczności. Są mniej pewne własnych długoterminowych celów i dążeń oraz brakuje im wypracowanych nawyków koniecznych do ich realizacji. W obliczu napotykanym problemów uważają się za mniej kompetentne, zaradne i efektywne, przez co częściej oczekują, by to inni pokierowali ich sprawami w taki sposób, by przybrały oczekiwany dla nich obrót. Większe nasilenie przemocy w dzieciństwie wiąże się również z niższym

poziomem samoakceptacji, słabszą siłą woli, niższym poziomem wyrozumiałości oraz wrażliwości na uczucia i potrzeby innych osób. Lukaszewicz i wsp. [20] informują, że narażenie na przemoc w dzieciństwie wiąże się z niższymi wynikami w zakresie wymiarów charakteru kwestionariusza TCI oraz wyższymi w zakresie poszukiwania nowości, co koresponduje z wynikami naszego badania. Ponadto w modelu opracowanym przez autorów powyższego badania [20] charakter oraz poszukiwanie nowości są mediatorami zależności między nadużyciami w dzieciństwie a uzależnieniem od alkoholu w wieku dorosłym. Podobnie Dalbudak i wsp. [21] w badaniu dotyczącym mężczyzn uzależnionych od alkoholu wykazali, że narażenie na traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie, w tym przemoc, wiąże się z wyższymi wynikami w zakresie takich wymiarów temperamentu jak poszukiwanie nowości, unikanie szkody oraz niższymi we wszystkich trzech wymiarach charakteru kwestionariusza TCI. Dla odmiany Evren i wsp. [22] nie potwierdzili związku między nadużyciami w dzieciństwie i cechami temperamentu oraz charakteru u osób uzależnionych od alkoholu. Otrzymane wyniki mogą mieć szczególne znaczenie w kontekście doniesień innych badaczy, którzy wysoki poziom poszukiwania nowości u osób uzależnionych od alkoholu wiąże z większym ryzykiem nawrotu picia w trakcie 6 miesięcy [23] i 12 miesięcy [24] po ukończeniu terapii odwykowej, a wyższy poziom samokierowania i zdolności do współpracy z lepszym poziomem współpracy w leczeniu [25]. Svrvakic i wsp. [26] wykazali, że niskie wyniki w zakresie samokierowania i skłonności do współpracy są znamienne dla osób z zaburzeniami osobowości, natomiast konfiguracja wymiarów temperamentu wskazuje na rodzaj tych zaburzeń.

W naszym badaniu osoby z większym nasileniem przemocy w dzieciństwie uzyskały istotnie statystycznie niższe wyniki niż osoby z mniejszym nasileniem w zakresie samokierowania oraz miały wyraźną tendencję do niższych wyników w zakresie skłonności do współpracy ($p = 0,06$). Można więc oczekiwać u nich wyższego ryzyka występowania zaburzeń osobowości. Wyższy poziom poszukiwania nowości i unikania szkody w tej grupie wskazuje, że mogą to być zaburzenia osobowości zaliczane do klastra B (antyspołeczna, borderline, histrioniczna, narcystyczna). Wbrew oczekiwaniom istotne różnice, jakie wystąpiły między wyodrębnionymi grupami, dotyczyły nie tylko wymiarów charakteru, który kształtuje się pod wpływem oddziaływań środowiskowych i ulega zmianom pod wpływem procesów uczenia się, ale również cech temperamentu, który ma podłoże dziedziczne i jest stabilny czasowo. Jednak sam autor psychobiologicznej koncepcji osobowości zaznacza, że czynniki genetyczne warunkują od 50% do 60% zmienności temperamentu [17]. Ponieważ badanie ma charakter przekrojowy, trudno jest jednoznacznie określić charakter zależności zachodzących między nasileniem przemocy w dzieciństwie a cechami temperamentu badanych. Otrzymane wyniki można interpretować dwojako. „Trudny” temperament dziecka może wzbudzać negatywne odczucia u innych oraz prowokować przemoc. Z drugiej strony latentne cechy temperamentu mogą ulegać wzmocnieniu w warunkach narażenia na przemoc w rodzinie, kiedy dziecko pozbawione jest prawidłowych wzorów regulowania emocji i zachowania [27, 28]. Wsparciem dla pierwszej z hipotez mogą być wyniki badania Ruchkina i wsp. [29], którzy wykazali, że ciepło emocjonalne w rodzicach wzbudza u dzieci o wyższym poziomie zależności od nagrody w przeciwieństwie do

tych charakteryzujących się z wysokim poziomem poszukiwania nowości (impulsywni, wybuchowi, pobudliwi) czy unikania szkody (lękowi, depresyjni). Z drugiej strony doświadczenia przemocy w dzieciństwie mogą indukować zmiany neuroplastyczne i neurobiologiczne w dojrzewającym mózgu. Stres w okresie rozwojowym oraz towarzysząca mu hipersekrecja kortyzolu modyfikuje procesy związane z dojrzewaniem i formowaniem szczególnie tych regionów mózgu, które są najbogatsze w receptory glikokortykoidowe i charakteryzują się najdłuższą fazą rozwoju w okresie postnatalnym [30]. Doświadczenia przemocy w dzieciństwie wiązano z redukcją objętości ciała modzelowatego, kory nowej lewej półkuli mózgu, jądra migdałowatego oraz hipokampa [31]. Być może podobne zmiany neuroplastyczne dotyczą jąder podstawy mózgu funkcjonalnie związanych z pamięcią proceduralną i temperamentem. Przemawiają za tym wyniki badania Dillona i wsp. [32], którzy wykazali, że doświadczenia nadużyć emocjonalnych, fizycznych lub seksualnych przed 14. rokiem życia wiążą się ze słabszą subiektywną reakcją na sygnały zapowiadające nagrodę oraz słabszą aktywność gałki bladej i skorupy w okresie antycypacji nagrody. Osłabiona odpowiedź na sygnały zapowiadające nagrodę może mieć związek z dwiema przeciwstawnymi konsekwencjami: 1. anhedonią i ryzykiem zaburzeń nastroju, 2. kompensacyjnymi zachowaniami polegającymi na aktywnym poszukiwaniu nagrody, takimi jak używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Używanie alkoholu może być tu również formą samoleczenia anhedonii [30].

Radzenie sobie ze stresem określane jest jako całokształt wysiłków, zarówno poznawczych, jak i behawioralnych podejmowanych przez podmiot w celu sprostania zewnętrznym i wewnętrznym wymaganiom sytuacji. Może być ono rozpatrywane jako strategia i styl. Strategie radzenia sobie ze stresem to mniejsze jednostki aktywności, często zróżnicowane jakościowo, które można wyodrębnić w całym okresie trwania sytuacji stresowej. Natomiast styl radzenia sobie ze stresem to względnie trwałe i specyficzne dla jednostki repertuar możliwych do uruchomienia w sytuacji stresowej strategii radzenia sobie pozostających w jej dyspozycji. Styl radzenia sobie ma status zmiennej osobowościowej [33]. Częstsze stosowanie unikowych strategii radzenia sobie ze stresem, obok niskiego poczucia efektywności oraz pozytywnych oczekiwań względem działania alkoholu, wiąże się z większym ryzykiem uzależnienia od alkoholu, jak również większym nasileniem problemów związanych z piciem [34–36]. Osoby uzależnione od alkoholu częściej niż osoby zdrowe radzą sobie ze stresem odwracając uwagę od problemów, uruchamiają myślenie życzeniowe, izolują się od otoczenia, natomiast rzadziej podejmują aktywne działania ukierunkowane na usunięcie stresora, poszukują alternatywnych sposobów rozwiązania problemu bądź poszerzają informacje na jego temat [37–39]. Większe szanse na uzyskanie i utrzymanie abstynencji mają chorzy, którzy posługują się głównie zadaniowymi strategiami radzenia sobie ze stresem w przeciwieństwie do tych, którzy bazują wyłącznie na strategiach unikowych. [40]. Wyniki badania własnego informują, że osoby uzależnione od alkoholu, które doświadczyły bardziej nasilonych form przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej w dzieciństwie, częściej posługują się unikowym stylem radzenia sobie ze stresem, natomiast rzadziej wykorzystują bardziej adaptacyjny styl zadaniowy. Badani z grupy 1 znacznie częściej niż badani z grupy 2 w sytuacji stresu

czują się bezradni, rezygnują z podejmowania wysiłków, by rozwiązać problem, lub podejmują działania pochopne, przedwczesne, bez wcześniejszego przemyślenia oraz piją alkohol lub używają substancji psychoaktywnych. Nadużycia fizyczne, emocjonalne i seksualne wzbudzają w dziecku poczucie winy, wstydu i bezradności. Ponieważ pozostaje ono często w stosunku zależności od prześladowcy oraz nie posiada wystarczających zasobów, by poradzić sobie z przemocą, jakiej doświadcza, uruchamia bierne strategie unikowe, które przynoszą mu chwilową ulgę emocjonalną, niwelują negatywne uczucia i myśli. Ponieważ tego typu strategie okazują się skuteczne i zmniejszają poziom odczuwanego stresu, są ponawiane i utrwalane. Jeżeli tak wykształcony sposób reagowania na stres utrzymuje się również w wieku dorosłym i ulega generalizacji, przestaje spełniać funkcję adaptacyjną [41]. Otrzymane wyniki są spójne z doniesieniami Hymana i wsp. [42], którzy w badaniu dotyczącym osób uzależnionych od kokainy wykazali, że większe nasilenie nadużyć i zaniedbania w dzieciństwie koresponduje z większą skłonnością do posługiwania się unikowym stylem radzenia sobie ze stresem. W badaniu Tokera i wsp. [43], którym objęto osoby uzależnione od różnych substancji psychoaktywnych (z tej grupy 5% stanowiły osoby uzależnione od alkoholu), większe nasilenie nadużyć emocjonalnych w dzieciństwie wiązało się z rzadszym poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego oraz większą skłonnością do uznawania stresujących zdarzeń jako nieodwracalnych i koniecznych do zaakceptowania. Według Min i wsp. [44] unikowe strategie radzenia sobie ze stresem są czynnikiem pośredniczącym między doświadczeniami przemocy w dzieciństwie a ryzykiem nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych w dorosłym wieku.

Wyniki naszego badania informują, że osoby uzależnione od alkoholu, u których nasilenie przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej w dzieciństwie było większe, charakteryzują się wyższym poziomem agresji w porównaniu z osobami z grupy 2. Najwyraźniej przejawia się to u nich większą predyspozycją do kanalizowania agresji w formie agresji fizycznej, uczucia gniewu i wrogiego nastawienia do innych osób. Otrzymane wyniki korespondują z doniesieniami innych autorów [45–48] i mogą mieć szczególne znaczenie, ponieważ wysoki poziom agresji u osób uzależnionych od alkoholu wiąże się z wysokim ryzykiem samobójstwa niezależnie od współwystępowania zaburzeń osobowości antyspołecznej czy borderline [49, 50]. Ponadto jest on predyktorem wczesnych nawrotów picia po ukończeniu terapii odwykowej [51].

Osoby uzależnione od alkoholu w porównaniu z populacją ogólną charakteryzują się wyższym poziomem lęku jako cechy osobowości [52]. Wysoki poziom lęku jest jednym z uznanych czynników nawrotu picia zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [53, 54]. Wyniki badania własnego świadczą o wyższym poziomie niepokoju ogólnego, jawnego oraz ukrytego u badanych, u których nasilenie przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej w dzieciństwie było większe. Uzyskane rezultaty są spójne z wynikami badań innych autorów, którzy informują o dodatniej zależności między poziomem lęku jako cechy oraz poziomem neurotyzmu z doświadczeniami przemocy w dzieciństwie u osób uzależnionych od alkoholu [45, 55].

Nasze badanie ma kilka ograniczeń. Po pierwsze doświadczenia przemocy w dzieciństwie oceniane były retrospektywnie. Ten sposób oceny wiąże się z ryzykiem uzyskania wyników fałszywie ujemnych, rzadziej fałszywie dodatnich. Po drugie grupa badana

nie może być uznana za reprezentatywną, ponieważ była niewielka i włączono do niej jedynie osoby uzależnione objęte leczeniem odwykowym. Warto jednak zaznaczyć, że aż 40% osób zaproszonych do badania nie wyraziło na nie zgody bądź wypełniło kwestionariusze w sposób niekompletny. Istnieje prawdopodobieństwo, że w grupie tej mogły znajdować się osoby, które nie chciały powracać do traumatycznych doświadczeń z okresu dzieciństwa lub krępowały się odpowiadać na pytania dotyczące na przykład nadużyć seksualnych. Ponadto badanie miało charakter przekrojowy, dlatego trudno na jego podstawie wyciągnąć jednoznaczne wnioski na temat zależności, jakie występują między przemocą w dzieciństwie a cechami osobowości w wieku dorosłym.

Wnioski

1. Większe nasilenie przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej w dzieciństwie u osób uzależnionych od alkoholu wiąże się z wyższym poziomem poszukiwania nowości, unikania szkody, niepokoju i agresji, niższym poziomem samokierowania, empatii i wyrozumiałości oraz częstszym stosowaniem unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, natomiast rzadszym wykorzystywaniem stylu zadaniowego.
2. Na podstawie wyników badania własnego oraz analizy dostępnej literatury można wnioskować, że ocena stopnia narażenia w dzieciństwie na przemoc fizyczną, emocjonalną i seksualną u osób uzależnionych od alkoholu może być użyteczna podczas konstruowania indywidualnych planów terapii odwykowej, ponieważ pozwala przewidzieć, w jakich obszarach osobowości chorzy mogą mieć największe deficyty.

Piśmiennictwo

1. Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. *Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment*. *Addict. Behav.* 1998; 23(6): 855–868
2. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999; 56(7): 600–606
3. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H. i wsp. *Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study*. *J. Psychiatr. Res.* 2011; 45(6): 814–822.
4. McElroy S, Hevey D. *Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing*. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(1): 65–75.
5. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield CH, Perry BD. i wsp. *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2006; 256(3): 174–186.
6. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. *Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult*. *Addict. Behav.* 2002; 27(5): 713–725.
7. Fenton MC, Geier T, Keyes K, Skodol AE, Grant BF, Hasin DS. *Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence*. *Psychol. Med.* 2013; 43(05): 1045–1057.

8. Huang MC, Schwandt ML, Ramchandani VA, George DT, Heilig M. *Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients.* Alcohol. Clin. Exp. Res. 2012; 36(6): 1099–1107.
9. Potthast N, Neuner F, Catani C. *The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample.* Addict. Behav. 2014; 39(5): 949–958.
10. Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. *Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample.* Child Abuse Negl. 2004; 28(2): 167–180.
11. Śpila B, Makara M, Chuchra M, Grzywa A. *Polska adaptacja Inwentarza Wczesnej Traumy ETI.* Wiad. Psychiatr. 2005; 8(1): 19–24.
12. Hornowska E. *Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza TCI R.C. Cloningera.* Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2003.
13. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
14. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej; 1993.
15. Aranowska E, Rytel J. *Psychometric properties of The Buss-Perry Aggression Questionnaire.* W: Terelak JF, Majchrzyk Z. red. *Psychology of aggression: Selected Issues.* Warszawa: Wydawnictwo UKSW; 2011. s. 217–243.
16. Statistica. Kraków: StatSoft Polska; 1997.
17. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *A psychobiological model of temperament and character.* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 975–990.
18. Cloninger CR. *A psychobiological model of personality and psychopathology.* J. Psychosom. Med. 1997; 37(2): 91–102.
19. Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ. *Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions?* J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 70: 127–140.
20. Lukaszewicz M, Neveu X, Blecha L, Falissard B, Reynaud M, Gasquet I. *Pathways to substance-related disorder: A structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners.* Alcohol Alcohol. 2008; 43(3): 287–295.
21. Dalbudak E, Evren C, Çetin T, Durkaya M, Cetin R. *History of trauma and relationship with alexithymia, temperament and character dimensions in male alcohol dependent inpatients.* J. Psychiatry Neurol. Sci. 2010; 23(1): 1–12.
22. Evren C, Sar V, Dalbudak E, Durkaya M, Cetin R, Evren B. i wsp. *Childhood trauma and psychopathology among alcohol-dependent men: no interaction with temperament and character.* Psychopathology 2011; 44(1): 34–39.
23. Sellman JD, Mulder RT, Sullivan PF, Joyce PR. *Low persistence predicts relapse in alcohol dependence following treatment.* J. Stud. Alcohol. 1997; 58(3): 257–263.
24. Müller SE, Weijers HG, Böning J, Wiesbeck GA. *Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients.* Neuropsychobiology 2008; 57(4): 159–164.
25. Arnau MM, Mondon S, Santacreu JJ. *Using the temperament and character inventory (TCI) to predict outcome after inpatient detoxification during 100 days of outpatient treatment.* Alcohol Alcohol. 2008; 43(5): 583–588.
26. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. *Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues.* Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106(3): 189–195.

27. Belsky J. *Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis*. Psychol. Bull. 1993; 114(3): 413–434.
28. Trocki KF, Caetano R. *Exposure to family violence and temperament factors as predictors of adult psychopathology and substance use outcomes*. J. Addict. Nurs. 2003; 14(4): 183–192.
29. Ruchkin VV, Eisemann M, Hägglöf B, Cloninger CR. *Interrelations between temperament, character, and parental rearing in male delinquent adolescents in Northern Russia*. Compr. Psychiatry 1998; 39(4): 25–30.
30. Pechtel P, Pizzagalli DA. *Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature*. Psychopharmacology 2011; 214(1): 5–70.
31. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Andreson CM, Navalta CP, Kim DM. *The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment*. Neurosci. Biobehav. 2003; 27(1): 3–44.
32. Dillon DG, Holmes J, Birk JL, Brooks N, Lyons-Ruth K, Pizzagalli DA. *Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward anticipation in adulthood*. Biol. Psychiatry 2009; 66(3): 206–213.
33. Heszen-Niejodek I. *Coping style and its role in coping with stressful encounters*. Eur. Psychol. 1997; 2(4): 342–351.
34. Evans DM, Dunn NJ. *Alcohol expectancies, coping responses and self-efficacy judgments: a replication and extension of Copper et al.'s 1988 study in a college sample*. J. Stud. Alcohol. 1995; 56(2): 186–193.
35. Laurent J, Catanzaro SJ, Callan MK. *Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences: A replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model*. J. Stud. Alcohol. 1997; 58(6): 644–651.
36. Cooper ML, Russell M, Skinner JB, Frone MR, Mudar P. *Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies*. J. Abnorm. 1992; 101(1): 139–152.
37. Mroziak B, Wójtowicz S, Woronowicz BT. *Psychospołeczne korelaty uzależnienia od alkoholu*. Alkohol. Narkom. 1998; 2(31): 193–203.
38. Madden C, Hinton E, Holman CP, Mountjouris S, King N. *Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxification*. Drug Alcohol Depend. 1995; 38(3): 229–235.
39. Paparrigopoulos T, Liappas J, Tzavellas E, Soldatos C. *Coping styles of alcohol-dependent individuals: Comparison with depressed patients and controls*. Soc. Behav. Pers. 2007; 35(5): 599–614.
40. Chung T, Langenbucher J, Labouvie E, Pandina RJ, Moos RH. *Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes*. J. Consult. Clin. Psychol. 2001; 69(1): 92–100.
41. Slavik S, Croake J. *The individual psychology conception of depression as a stress-diathesis model*. J. Individ. Psychol. 2006; 62(4): 417.
42. Hyman SM, Paliwal P, Sinha R. *Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults*. Psychol. Addict. Behav. 2007; 21(2): 233–238.
43. Toker T, Tiryaki A, Özçürümez G, Iskender B. *The relationship between traumatic childhood experiences and proclivities towards substance abuse, self-esteem and coping strategies*. Turk. Psikiyat. Derg. 2011; 22: 83–92.
44. Min M, Farkas K, Minnes S, Singer LT. *Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood*. J. Trauma. Stress. 2007; 20(5): 833–844.
45. Evren C, Cinar O, Evren B, Ulku M, Karabulut V, Umut G. *The mediator roles of trait anxiety, hostility, and impulsivity in the association between childhood trauma and dissociation in male substance-dependent inpatients*. Compr. Psychiatry 2013; 54(2): 158–166.

46. Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. *Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism*. *Psychiatry Res.* 2009; 165(1): 103–110.
47. Gerevich J, Bácskai E. *Intimate partner violence, suicidal intent and alcoholism*. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67(12): 2033–2034.
48. Roy A. *Childhood trauma and depression in alcoholics: relationship to hostility*. *J. Affect. Disord.* 1999; 56(2–3): 215–218.
49. Roy A, Jana N. *Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients*. *Arch. Suicide Res.* 2007; 11(2): 211–217.
50. Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. *Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002; 252(4): 155–160.
51. Ferrulli A, Leggio L, Cardone S, D’Angelo C, Mirijello A, Vonghia L. *Psychosocial findings in alcohol-dependent patients before and after three months of total alcohol abstinence*. *Front. Psychiatry* 2010; 6(1): 17.
52. King AC, Bernardy NC, Hauner K. *Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers*. *Addict. Behav.* 2003; 28(1): 171–187.
53. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, Fischer G, Schönbeck G, Aschauer HN. i wsp. *Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients*. *Alcohol Alcohol.* 2002; 37(6): 609–612.
54. Schellekens AFA, de Jong CAJ, Buitelaar JK, Verkes RJ. *Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment*. *Eur. Psychiatry* 2015; 30(1): 128–136.
55. Mirsal H, Kalyoncu A, Pektaş O, Tan D, Beyazyürek M. *Childhood trauma in alcoholics*. *Alcohol Alcohol.* 2004; 39(2): 126–129.

Adres: Aneta Gerhant
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
20-429 Lublin, ul. Głuska 2

Otrzymano: 8.07.2015
Zrecenzowano: 20.10.2015
Przyjęto do druku: 25.10.2015