

## Negatywne zdarzenia z dzieciństwa jako moderator związku reaktywności emocjonalnej i występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie nieklinicznej

### Childhood adversity as a moderator of the relationship between emotional reactivity and the occurrence of anxiety and depression in a non-clinical group

Wojciech Łukasz Dragan<sup>1</sup>, Aleksandra Zielińska<sup>1</sup>, Marta Zagdańska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych, Wydział Psychologii UW

<sup>2</sup>Mind&Fieldwork Research Sp. z o.o.

#### Summary

**Aim.** The research is an attempt to confirm the role of emotional reactivity and childhood adversity in the development of anxiety and depression as well as to determine the scope of interaction between these two factors.

**Material and methods.** 430 participants were included in the study. The intensity of emotional reactivity was determined using the FCZ-KT Questionnaire developed by Zawadzki and Strelau. The occurrence of childhood adversity was measured using the Hardt Childhood Questionnaire. The occurrence of anxiety and depression was measured using the structured interview WHO-CIDI 3.0. The relationship between variables was analysed using the logistic regression model.

**Results.** A moderating role of the level of childhood adversity on the relationship of emotional reactivity and the occurrence of anxiety and depression was observed. In the group with high levels of adversity, no such relationship was observed for either of the two disorders. For low and medium levels of the moderator, different relationships for anxiety and depression were found.

**Conclusions.** The obtained results are only partially explained within the temperamental risk factor model. A different pattern of relationships between the intensity of the temperamental trait and the occurrence of anxiety and depression depending on the amount of reported

adversity may result from the cumulative effect of the negative consequences of this type of experience.

**Słowa kluczowe:** temperament, przemoc, zaburzenia lękowe i depresyjne

**Key words:** temperament, violence, anxiety and depression

## Wstęp

J. Strelau sugeruje istnienie tzw. temperamentalnych czynników ryzyka, które określa jako „każdą cechę temperamentalną lub konfigurację tych cech, która w interakcji z innymi czynnikami (...) zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń zachowania lub patologii bądź sprzyja kształtowaniu się osobowości nieprzystosowanej” [1, s. 408]. Zebrano wiele danych wskazujących na relacje pomiędzy różnymi wymiarami osobowości (w tym temperamentu) a występowaniem psychopatologii. Niedawna metaanaliza [2] uwidoczniła związki między wymiarami wyróżnionymi w pięcioczynnikowym modelu osobowości (w szczególności neurotycznością) a zaburzeniami lękowymi i afektywnymi. Wykazano również związki między nasileniem temperamentu lękowego mierzonego za pomocą kwestionariusza TEMPS-A a wspomnianymi grupami zaburzeń [3]. Wymiarem powiązanim z neurotycznością i temperamentem lękowym obecnym w regulacyjnej teorii temperamentu (RTT) Strelaua [4] jest reaktywność emocjonalna (RE). Jest ona definiowana jako tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje, wyrażająca się w dużej wrażliwości i małej odporności emocjonalnej. Co ciekawe, jak dotychczas zebrano niewiele danych świadczących o relacjach między wymiarami wyróżnionymi przez Strelaua (w tym reaktywnością emocjonalną) a ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych. W dwóch niedużych badaniach analizowano związki cech RTT z występowaniem zaburzeń depresyjnych. W pierwszym z nich [5] wykazano różnice w zakresie nasilenia wszystkich wyróżnionych przez Strelaua wymiarów temperamentu pomiędzy grupą osób zdrowych a grupą osób chorych. W drugim badaniu [6] nie zaobserwowano związków pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych mierzonych za pomocą kwestionariusza Becka a reaktywnością emocjonalną (takowe stwierdzono dla dwóch innych cech – żywawości i wytrzymałości). Z kolei niedawno wykazano, że RE jest głównym predyktorem nasilenia różnych symptomów zaburzeń lękowych [7].

Do grupy negatywnych zdarzeń z dzieciństwa (childhood adversities) zaliczana jest liczna grupa potencjalnie szkodliwych doświadczeń, takich jak przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna, molestowanie seksualne, zaniedbywanie oraz inne negatywne zdarzenia życiowe. Ich wpływ na kształtowanie się zaburzeń psychicznych był przedmiotem wielu badań. Na przykład w niedawnej metaanalizie [8] potwierdzono związek molestowania seksualnego zarówno z zaburzeniami lękowymi, jak i z depresją.

Chociaż rola temperamentu i negatywnych zdarzeń z dzieciństwa w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych wydaje się dosyć dobrze poznana, to współdziałanie tych dwóch czynników było jak do tej pory przedmiotem niewielu analiz. Wykazano interakcję neurotyczności i przemocy emocjonalnej w kształtowaniu się zaburzenia osobowości borderline [9]. Z kolei Nakai i wsp. [10] stwierdzili, że temperament

afektywny odgrywa rolę mediatora w relacji negatywnych zdarzeń z dzieciństwa i symptomów depresji.

### **Cel**

Celem naszych badań była próba potwierdzenia roli reaktywności emocjonalnej oraz negatywnych zdarzeń z dzieciństwa w kształtowaniu się zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz określenie zakresu interakcji wspomnianych czynników ryzyka.

### **Materiał i metoda**

#### **Osoby badane**

W badaniu wzięło udział 430 osób (210 kobiet i 220 mężczyzn) w wieku 18–52 lat ( $M=23,45$ ;  $SD=5,61$ ). Badanych rekrutowano poprzez ogłoszenia w studenckich internetowych forach dyskusyjnych. Udział w badaniu wynagradzany był kwotą 50 zł. Przed wyrażeniem zgody na uczestnictwo w badaniu każdy z jego potencjalnych uczestników otrzymywał szczegółową informację dotyczącą jego celów i przebiegu. Projekt badania został zaakceptowany przez Komisję Etyczną Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Badanie prowadzone było zgodnie z Deklaracją Helsińską.

#### **Pomiar psychometryczny**

Do pomiaru reaktywności emocjonalnej zastosowano inwentarz Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT) B. Zawadzkiego i J. Strelaua [11]. Narzędzie to ma dobre własności psychometryczne. Alfa Cronbacha dla skali reaktywności emocjonalnej w badaniach normalizacyjnych wyniosła 0,83 [12]. Nasilenie negatywnych zdarzeń z dzieciństwa określano przy użyciu polskiej wersji Kwestionariusza Dzieciństwa [13, 14]. Narzędzie to ma charakter retrospektywny i zawiera pytania dotyczące występowania różnych typów nadużyć wobec dzieci (np. przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne, zaniedbywanie). Rzetelność pomiaru oceniana metodą test-retest (w odstępie dwóch lat) sięgała  $r = 0,8$ . W celu określenia występowania zaburzeń psychicznych w badanej grupie wykorzystano polską wersję Złożonego Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego ver. 3.0 (Composite International Diagnostic Interview – CIDI) [15]. Zastosowano przy tym kryteria określone w międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 [16]. Dokonano diagnozy występowania zaburzenia lękowego z napadami lęku, agorafobii bez zaburzenia panicznego, fobii specyficznej, fobii społecznej, uogólnionego zaburzenia lękowego, zaburzenia stresowego pourazowego, epizodu depresji łagodnego, epizodu depresji umiarkowanego i epizodu depresji ciężkiego bez objawów psychotycznych.

## Analizy statystyczne

Związki między nasileniem reaktywności emocjonalnej i negatywnych zdarzeń z dzieciństwa a występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych analizowano przy wykorzystaniu analizy regresji logistycznej. Ze względu na ograniczenia związane z liczebnością osób z diagnozą pojedynczego zaburzenia [17] wspomniane analizy dokonano dla występowania jakiegokolwiek zaburzenia lękowego, depresyjnego oraz łącznie jednej i drugiej grupy diagnoz. Związki z reaktywnością emocjonalną i negatywnymi zdarzeniami z dzieciństwa testowano dla zaburzeń występujących w ciągu całego życia. Każdorazowo w modelu uwzględniano wpływ wieku i płci badanych. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics 21 [18].

## Wyniki

W badanej próbie stwierdzono występowanie zaburzeń lękowych i afektywnych z następującą częstością:

1. dla zaburzeń lękowych: zaburzenie lękowe z napadami paniki – 4%, agorafobia bez zaburzenia panicznego – 5,1%, fobia specyficzna – 30,2%, fobia społeczna – 14%, uogólnione zaburzenie lękowe – 7%, zaburzenie stresowe pourazowe – 10,2%;
2. dla zaburzeń afektywnych: epizod depresji łagodny – 3%, epizod depresji umiarkowany – 10,7%, epizod depresji ciężki bez objawów psychotycznych – 9,3%.

Wskaźnik współchorobowości zaburzeń lękowych i afektywnych wynosił w badanej grupie 14,9%. Średni poziom reaktywności emocjonalnej wynosił 9,62 (SD=4,78), a nasilenia zdarzeń negatywnych 2,86 (SD=2,59).

W pierwszym etapie analiz zastosowano krokowo-blokowy wariant regresji logistycznej, przy czym w pierwszym bloku wprowadzano zmienne demograficzne oraz reaktywność emocjonalną i negatywne zdarzenia z dzieciństwa, w drugim zaś zmienną interakcyjną będącą iloczynem zmiennych objaśniających (tj. reaktywności emocjonalnej i zdarzeń z dzieciństwa). Tabela 1 przedstawia współczynniki regresji uzyskane dla poszczególnych zmiennych w kroku pierwszym i drugim (pominięto dane odnoszące się do wieku i płci).

**Tabela 1. Współczynniki regresji w modelu regresji logistycznej uwzględniającym zmienną interakcyjną**

	Predyktory	Blok 1					Blok 2				
		B	95%PU Exp(B)	Wald	df	p	B	95%PU Exp(B)	Wald	df	p
Zaburzenia lękowe	RE	0,086	1,04–1,14	13,7	1	***	0,11	1,05–1,19	10,93	1	**
	CA	0,064	0,98–1,16	2,4	1	ns	0,16	0,96–1,44	2,34	1	n.s.
	RExCA						-0,01	0,98–1,01	1,01	1	n.s.

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Zaburzenia depresyjne	RE	0,089	1,04–1,15	10,63	1	***	0,094	1,01–1,12	5,46	1	*
	CA	0,11	1,03–1,22	6,25	1	*	0,13	0,89–1,46	1,11	1	n.s.
	RExCA						0	0,98–1,02	0,03	1	n.s.
Zaburzenia ogółem	RE	0,078	1,03–1,13	11,28	1	**	0,08	1,02–1,16	5,76	1	*
	CA	0,13	1,04–1,24	8,58	1	*	0,14	0,93–1,42	1,58	1	n.s.
	RExCA						0	0,98–1,02	0,01	1	n.s.

CA – negatywne zdarzenia z dzieciństwa, RE – reaktywność emocjonalna

Analiza danych ujawniła, iż po włączeniu zmiennej interakcyjnej dla wyjaśniania występowania zaburzeń depresyjnych i łącznie wszystkich zaburzeń przestaje mieć znaczenie zmienna odnosząca się do negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. Z kolei wpływ reaktywności emocjonalnej ulega zmniejszeniu. Obraz wyników sugeruje istnienie efektu moderacji wpływu zmiennej temperamentalnej przez poziom występowania negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. W celu zweryfikowania tego przypuszczenia zmienną odnoszącą się do zdarzeń wczesnodziecięcych zrekodowano, uzyskując trzy grupy: (1) osoby bez zdarzeń lub z niewielką liczbą zdarzeń negatywnych (zakres od 0 do 1;  $M = 0,43$ ;  $SD = 0,5$ ;  $N = 159$ , w tym 71 kobiet i 88 mężczyzn), (2) osoby ze średnią liczbą zdarzeń negatywnych (zakres od 2 do 4;  $M = 2,94$ ;  $SD = 0,82$ ;  $N = 171$ , w tym 88 kobiet i 83 mężczyzn), (3) osoby z dużą liczbą zdarzeń negatywnych (zakres od 5 do 16;  $M = 6,6$ ;  $SD = 2$ ;  $N = 100$ , w tym 51 kobiet i 49 mężczyzn). Nasilenie reaktywności emocjonalnej wynosiło odpowiednio: dla grupy (1)  $M = 8,6$ ;  $SD = 4,8$ ; dla grupy (2)  $M = 9,75$ ;  $SD = 4,7$ ; dla grupy (3)  $M = 11$ ;  $SD = 4,5$ . Dla każdej z wymienionych grup oddzielnie wykonano analizę regresji logistycznej z wiekiem, płcią i reaktywnością emocjonalną jako predyktorami. Wartości współczynników regresji dla zmiennej temperamentalnej przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Współczynniki regresji w modelu regresji logistycznej przy podziale osób badanych ze względu na liczbę negatywnych zdarzeń z dzieciństwa

		Zaburzenia lękowe	Zaburzenia depresyjne	Zaburzenia ogółem
Niski poziom CA	B	0,11	0,07	0,09
	95%PU Exp(B)	1,03–1,2	0,97–1,19	1,02–1,18
	Wald	7,77	1,9	6,29
	df	1	1	1
	p	**	ns	*
Średni poziom CA	B	0,08	0,12	0,07
	95%PU Exp(B)	1,01–1,16	1,04–1,22	1-1-16
	Wald	4,78	7,93	4,2
	df	1	1	1
	p	*	**	*

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wysoki poziom CA	B	0,08	0,08	0,08
	95%PU Exp(B)	0,98–1,2	0,97–1,2	0,97–1,2
	Wald	2,43	2,07	2,03
	df	1	1	1
	p	n.s.	n.s.	n.s.

CA – negatywne zdarzenia z dzieciństwa; 95% PU – przedział ufności 95 %; Wald – współczynnik Walda

Wyniki wskazują, że moderatorem relacji reaktywności emocjonalnej oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych jest liczba negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. Zmienna temperamentalna nie ma znaczenia przy dużej liczbie wspomnianych doświadczeń. Przy niskim i średnim nasileniu tego czynnika dla zaburzeń lękowych oraz zaburzeń ogółem można zaobserwować relację między nasileniem reaktywności a występowaniem psychopatologii. Z kolei dla zaburzeń depresyjnych rola temperamentu nie uwidacznia się również przy niskim nasileniu zdarzeń negatywnych.

## Dyskusja

Celem przedstawionych analiz była próba potwierdzenia roli, jaką reaktywność emocjonalna oraz negatywne zdarzenia z dzieciństwa odgrywają przy kształtowaniu się zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz określenie zakresu interakcji między tymi czynnikami. Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają rolę RE dla kształtowania się zaburzeń lękowych, wskazywaną między innymi w pracy Strelaua i Zawadzkiego [7]. Co ciekawe, znaczenie badanej cechy temperamentu uwidacznia się również dla rozwoju drugiej z analizowanych grup zaburzeń. W dotychczas przeprowadzonych analizach [5, 6] nie zaobserwowano związku reaktywności emocjonalnej i zaburzeń depresyjnych. Należy jednak zaznaczyć, że w porównaniu z wcześniejszymi analizami opisane tutaj badanie zostało wykonane na podstawie znacznie większej próby osób badanych. Do diagnozy zaburzeń psychicznych użyto w nim wywiadu ustrukturyzowanego, podczas gdy w przywoływanych badaniach zastosowano metodę kwestionariuszową. Wydaje się, że te dwie charakterystyki opisywanego badania stanowią jego niewątpliwą zaletę. Uzyskany przez nas wynik świadczący o związku reaktywności emocjonalnej i zaburzeń depresyjnych znajduje ponadto potwierdzenie w rezultatach analiz, w których wykorzystano inne wymiary osobowości powiązane z cechą temperamentu wyróżnioną w RTT [2, 3]. Związek negatywnych zdarzeń z dzieciństwa z występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych był jak dotąd przedmiotem wielu badań [8]. Co ciekawe, w części z nich nie wykazano takiej zależności [19]. Niewykluczone, że wspomniana relacja występuje tylko dla niektórych z negatywnych zdarzeń bądź też sposobu ujmowania ich pomiaru. W przywoływanej pracy [19], tak jak w omawianych tu analizach, mierzono nasilenie różnych zdarzeń, nie skupiając się na jednej szczególnej ich kategorii. Na pewno zagadnienie zależności negatywnych zdarzeń z dzieciństwa oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych wymaga dalszych ba-

dań. Ciekawe rezultaty przynosi przeprowadzona przez nas analiza zakresu interakcji zdarzeń z dzieciństwa i RE. Jak pokazaliśmy we wstępie, kwestii tej nie poświęcano jak dotąd dużo uwagi. Zaledwie w jednej pracy [10] analizowano relację temperamentu i negatywnych zdarzeń z dzieciństwa w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych. Uzyskane przez nas wyniki wskazują na to, że związek RE z kształtowaniem się zaburzeń lękowych i depresyjnych modyfikowany jest przez nasilenie negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. Przy dużej liczbie doświadczeń tego typu opisywana relacja nie występuje – zarówno dla jednej, jak i drugiej grupy zaburzeń. W przypadku zaburzeń lękowych najsilniejszy efekt RE występuje w grupie z niskim stopniem zdarzeń negatywnych, nieco słabszy zaś w grupie ze średnim ich poziomem. Podobny obraz zależności ma miejsce wtedy, kiedy analizowane są wszystkie zaburzenia łącznie. Nieco odmiennie sytuacja przedstawia się dla zaburzeń depresyjnych. Brak efektu RE występuje również w grupie z niskim poziomem zdarzeń negatywnych. Jak zaznaczono we wstępie w kontekście związku temperamentu z zaburzeniami zachowania przywoływana jest koncepcja temperamentalnych czynników ryzyka [1]. Wpisując się w szerszy model „skaza-stres”, podejście to sugeruje istnienie interakcji biologicznie uwarunkowanych cech temperamentalnych i stresujących wydarzeń życiowych, która przyczynia się do kształtowania psychopatologii. W ramach przywoływanej koncepcji można próbować wyjaśniać wyniki uzyskane przez nas dla niskiego i średniego poziomu doświadczeń negatywnych, przy czym wydaje się, że mechanizm kształtowania się ryzyka dla zaburzeń lękowych i depresyjnych jest odmienny. Być może jest on konsekwencją związku specyficznych rodzajów doświadczeń z różnymi zaburzeniami lub współwystępowania tych ostatnich, co wykazali Levitan i wsp. [20]. Ze względu na ograniczenia wynikające z liczebności próby, którą dysponowaliśmy, nie było możliwe ustalenie tego typu powiązań. Brak związku reaktywności emocjonalnej z występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych, jaki uzyskaliśmy dla grupy osób raportujących wysoki poziom negatywnych zdarzeń z dzieciństwa, wydaje się nie mieścić w modelu temperamentalnego czynnika ryzyka. Wpływ wczesnych doświadczeń o charakterze traumatycznym na różne aspekty rozwoju wydaje się wielowymiarowy. Ma to miejsce zarówno na poziomie czysto biologicznym, jak i różnorodnych funkcji psychicznych. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa mają wpływ na aktywność genów [21], a także na strukturę i funkcję różnych struktur mózgowych [22]. Z kolei najczęściej współcześnie przywoływany model wpływu wczesnych doświadczeń na funkcjonowanie psychiczne (tj. „self-trauma model” Briera [23]) wskazuje sześć obszarów, które ulegają zmianom: (1) negatywne założenia o charakterze przedjęzykowym i schematy relacyjne, (2) warunkowe reakcje emocjonalne na bodźce związane z traumą, (3) niejawnie sensoryczne wspomnienia przemocy, (4) jawne autobiograficzne wspomnienia zaniedbywania, (5) utajone bądź „głębokie” struktury poznawcze zawierające materiał związany z traumą oraz (6) nieprawidłowo ukształtowane umiejętności regulowania afektu. Briere [23] sugeruje, że każde kolejne negatywne doświadczenie potęguje skutki wywołane przez poprzednie. Jego przewidywania potwierdzono empirycznie. Briere i wsp. [24] wykazali w swojej pracy, że duża liczba negatywnych doświadczeń związana jest z większą liczbą występujących równolegle problemów w zakresie różnych aspektów funkcjonowania. Z kolei Hodges i wsp. [25] ukazują, że nawarstwienie się

zdarzeń o charakterze traumatycznym przekłada się na złożoność symptomów zaburzeń psychicznych. Choć w przywoływanym modelu Briera wskazuje się na pogłębianie się problemów w zakresie funkcjonowania psychicznego, to nie można wykluczyć istnienia podobnego efektu w odniesieniu do mechanizmów biologicznych. Na podstawie przytoczonych danych przypuszczamy, że nawarstwianie się niekorzystnych zmian na poziomie biologicznym oraz w zakresie funkcji psychicznych, spowodowane doświadczeniem dużej liczby zdarzeń negatywnych, może niwelować efekty działania mechanizmów temperamentalnych. Stąd być może taki a nie inny obraz uzyskanych przez nas rezultatów.

Oczywiście nasze badanie nie jest wolne od wad, które mogą przekładać się na jego rzetelność. Jak już wspomniano, przebadaliśmy stosunkowo nieliczną grupę osób. Dodatkowe wątpliwości może wzbudzać użycie retrospektywnej miary negatywnych doświadczeń z dzieciństwa. Sugeruje się, że tego typu narzędzia charakteryzują się niewystarczającymi właściwościami psychometrycznymi. Jak się jednak okazuje, wątpliwości tego rodzaju są pozbawione podstaw – przegląd badań prowadzonych z wykorzystaniem retrospektywnych miar zdarzeń z dzieciństwa ujawnił ich dużą trafność [26]. Wspomniane wady naszego badania sprawiają, że jego rezultaty należy traktować z pewną ostrożnością. Tym niemniej wydaje się, że wnoszą one ciekawy wątek do dyskusji nad rolą temperamentu w kształtowaniu się zaburzeń psychicznych.

### Wnioski

Przeprowadzone przez nas analizy ujawniły zróżnicowany wzorzec zależności pomiędzy nasileniem reaktywności emocjonalnej a występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych w zależności od liczby raportowanych negatywnych zdarzeń z dzieciństwa. W grupie osób, które doznały wielu tego typu doświadczeń, zaobserwowano brak efektu dla badanej cechy temperamentu. Wynik ten można tłumaczyć poprzez odwołanie się do efektu kumulacji negatywnych skutków negatywnych zdarzeń z dzieciństwa.

### Piśmiennictwo

1. Strelau J. *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
2. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. *Linking „big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis*. Psychol. Bull. 2010; 136: 768–821.
3. Karam EG, Salamoun MM, Yeretzian JS, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad J. i wsp. *The role of anxious and hyperthymic temperaments in mental disorders: a national epidemiologic study*. World Psychiatry 2010; 9: 103–110.
4. Strelau J. *The regulative theory of temperament: Current status*. Pers. Individ. Dif. 1996; 20: 131–142.
5. Habrat E. *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w depresjach w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1997.



6. Tylka J, Szyntar K. *Temperamentalne korelaty nasilenia objawów depresji u kobiet*. Stud. Psychol. 2009; 9: 139–147.
7. Strelau J, Zawadzki B. *Fearfulness and anxiety in research on temperament: Temperamental traits are related to anxiety disorders*. Pers. Individ. Dif. 2011; 50: 907–915.
8. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN. i wsp. *Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis*. Mayo Clin. Proc. 2010;85(7):618-629. doi: 10.4065/mcp.2009.0583. Epub 2010 May 10.
9. Martín-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Perez V. i wsp. *Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder*. Compr. Psychiatry 2014; 55 :311–318.
10. Nakai Y, Inoue T, Toda H, Toyomaki A, Nakato Y, Nakagawa S. i wsp. *The influence of childhood abuse, adult stressful life events and temperaments on depressive symptoms in the nonclinical general adult population*. J. Affect. Disord. 2014; 158: 101–107.
11. Zawadzki B, Strelau J. *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu (FCZ-KT): podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1997.
12. Strelau J, Zawadzki B. *The Formal Characteristics of Behaviour – Temperament Inventory (FCB—TI): Validity studies*. Eur. J. Pers. 1995; 9: 207–229.
13. Hardt J, Egle UT, Engfer A. *Der Kindheitsfragebogen, ein Instrument zur Beschreibung der erlebten Kindheitsbeziehung zu den Eltern*. Z. Diff. Diagn. Psychol. 2003; 24: 33–43.
14. Hardt J, Dragan M, Schultz S, Schier K. *Comparison of childhood adversities and their possible consequences in Poland and Germany*. J. Public Health 2010; 19: 29–37.
15. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
16. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2007.
17. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. *A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis*. J. Clin. Epidemiol. 1996; 49: 1373–1379.
18. Released IC. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2012.
19. Pietrek C, Elbert T, Weierstall R, Müller O, Rockstroh B. *Childhood adversities in relation to psychiatric disorders*. Psychiatry Res. 2013; 206: 103–110.
20. Levitan RD, Rector NA, Sheldon T, Goering P. *Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: Issues of co-morbidity and specificity*. Depress. Anxiety 2003; 17: 34–42.
21. Romens SE, McDonald J, Svaren J, Pollak SD. *Associations between early life stress and gene methylation in children*. Child Dev. 2014; 86(1): 303–309.
22. McCrory E, De Brito SA, Viding E. *The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors*. Front. Psychiatry 2011; 2: 48.
23. Briere J. *Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model*. W: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Reid T, Jenny C. red. *The APSAC handbook on child maltreatment. 2nd ed*. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002. s. 175–202.
24. Briere J, Hodges M, Godbout N. *Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model*. J. Trauma. Stress 2010; 23: 767–774.

25. Hodges M, Godbout N, Briere J, Lanktree C, Gilbert A, Kletzka NT. *Cumulative trauma and symptom complexity in children: a path analysis*. Child Abuse Negl. 2013;37: 891–898.
26. Hardt J, Rutter M. *Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence*. J. Child Psychol. Psychiatry 2004; 45: 260–273.

Adres: Wojciech Dragan  
Wydział Psychologii UW  
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 8.12.2014  
Zrecenzowano: 2.03.2015  
Otrzymano po poprawie: 9.03.2015  
Przyjęto do druku: 12.03.2015