Dr Małgorzata Janina Dragan

Wydział Psychologii Uniwersytet Warszawski

e-mail: malgorzata.dragan@psych.uw.edu.pl

Autoreferat

1. Imię i nazwisko

Małgorzata Janina Dragan

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe/ artystyczne – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

- Magister Psychologii, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, 2001;
- Doktor Nauk Humanistycznych w zakresie Psychologii, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, 2006.

Tytuł rozprawy doktorskiej: *Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i PTSD w próbie pacjentów uzależnionych od alkoholu.*

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/ artystycznych.

- Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, 2006 – 2006
- Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 2006-2007;
- Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, 2007 –

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.):

A) Tytuł osiągniecia naukowego: *Picie problemowe młodych kobiet. Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji.*

B) Autor osiągnięcia naukowego: Małgorzata Janina Dragan;

Rok wydania, miejsce wydania oraz wydawnictwo: 2016, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

C) Omówienie celu naukowego ww. pracy i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania:

Wprowadzenie

Picie problemowe jest pojęciem szerokim, odnoszonym do wszystkich form używania alkoholu, które niosą ze sobą możliwe zagrożenia dla różnych sfer życia, a więc wiążą się z potencjalnymi negatywnymi następstwami natury zdrowotnej, psychologicznej lub społecznej. Z literatury przedmiotu wynika, że osoby pijące problemowo nie stanowią grupy homogenicznej (Jackson i in., 2014). Ponadto wskazuje się na występowanie różnych mechanizmów podatności na zaburzenia związane z używaniem alkoholu (Cierpiałkowska, 2001). Podstawowym czynnikiem różnicującym wzorce picia, a także moderatorem podatności na zaburzenia związane z używaniem alkoholu, jest płeć. Mimo, że w skali globalnej kobiety znacznie rzadziej niż mężczyźni cierpią z powodu zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i ogólnie rzadziej piją alkohol (zatem płeć żeńska jest zasadniczo czynnikiem ochronnym), część z nich jest zagrożona piciem problemowym (np. w Europie około 3% kobiet jest uzależnionych od alkoholu lub pije szkodliwie, WHO, 2014). W przypadku kobiet pijących alkohol ryzykownie lub w sposób szkodliwy dla zdrowia najwięcej jest osób młodych, które nie ukończyły 35. roku życia, ale przekroczyły już próg dorosłości w sensie prawnonormatywnym (por. Chodkiewicz, 2010; Tuithof, ten Have, van den Brink, Vollebergh i de Graaf, 2013). Wyniki badań dowodzą, że na okres od 18. do 26. roku życia, zwany czasem okresem „wyłaniającej się" dorosłości (*emerging adulthood*) lub wczesnej młodości, przypada ogólnie szczyt nasilenia konsumpcji alkoholu (Ault i in., 2009; Woronowicz, 2009; Tuithof i in., 2013). Badacze wiążą ten fakt z charakterystycznymi cechami należącymi do tego okresu życia, takimi jak niestabilność, koncentracja na sobie, poczucie, że ma się wiele możliwości (np. Arnett, 2014) lub też z faktem studiowania (np. Slutske i in, 2004). Michael Windle i Patrick Davies (1999) określili wczesną dorosłość jako okres krytyczny dla rozwoju problemów

alkoholowych, w ramach którego krystalizacji podlegają etiologia, przebieg i następstwa alternatywnych wzorców picia. Picie problemowe w tym wieku nie ma bowiem jeszcze charakteru „skrystalizowanej cechy" czy zaburzenia, ale stanowi dynamicznie zmieniający się proces zależny od interakcji pomiędzy podatnością, doświadczanym stresem i wcześniejszym przystosowaniem. Wzorce picia alkoholu stają się jednak na tym etapie życia już wyraźnie widoczne, powiązane ze specyficznymi ścieżkami etiologicznymi takimi jak picie przede wszystkim w związku z istniejącą ogólną podatnością na zaburzenia eksternalizacyjne czy też picie związane głównie z regulacją afektu negatywnego (por. Mezquita i in., 2014; Winograd i Sher, 2015). Różni autorzy, tak jak Windle i Davies (1999), wskazują przy tym na uwarunkowania, które w szczególności dotyczą kobiet. Są to wcześniejsze objawy zaburzeń emocjonalnych oraz niekorzystne doświadczenia w rodzinie pochodzenia. Obie zmienne wymieniane są zresztą wśród najważniejszych czynników ryzyka picia problemowego kobiet w ciągu całego życia (por. Dragan, 2010). Z badań wynika również, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami częściej obserwuje się picie alkoholu w celu regulacji negatywnych stanów emocjonalnych (Sher, Grekin i Williams, 2005; Mezquita i in., 2014). Podkreśla się także, że zrozumienie tego, które spośród kobiet znajdują się w grupie ryzyka picia alkoholu właśnie w celu radzenia sobie z negatywnymi emocjami jest sprawą wręcz kluczową dla dalszego rozwoju prewencji picia problemowego i terapii uzależnień (np. Stappenbeck, Bedard-Gilligan, Lee i Kaysen, 2013). To właśnie z tych powodów zdecydowałam się ukierunkować swoje zainteresowania badawcze na kwestię specyficznych uwarunkowań problemowego picia alkoholu przez kobiety młode.

Wymienione główne czynniki ryzyka picia problemowego kobiet, mimo, że w dotychczasowych badaniach testowane zazwyczaj osobno, są ze sobą powiązane. Z badań nad konsekwencjami niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa wynika bowiem, że stanowią one istotny predyktor psychopatologii w życiu dorosłym (w tym nadużywania i uzależnienia od alkoholu, np. Enoch, 2011). Wskazuje się jednak, że doświadczenia tego typu, zwłaszcza te o charakterze relacyjnym i długotrwałym, zwiększają raczej ryzyko psychopatologii ogólnej, a nie specyficznych zaburzeń. Podstawowym negatywnym następstwem takich doświadczeń jest bowiem ogólna deregulacja emocjonalna na poziomie biologicznym (wynikająca z deregulacji układów biorących udział w reakcji na stres w związku z procesem sensytyzacji), która wiązana jest z podatnością na zaburzenia (głównie emocjonalne, ale też inne, np. Heim i in., 2000; Schore, 2003). W literaturze psychologicznej można odnaleźć różne koncepcje związane z poszukiwaniem wspólnego „rdzenia" zaburzeń psychicznych określającego ogólną deregulację

emocjonalną. Takim konstruktem unifikującym jest z pewnością odnosząca się do funkcjonalnych modeli regulacji emocji koncepcja Kim Gratz i Lizabeth Roemer (2004). Opisane przez autorki trudności w regulacji emocji wynikają ich zdaniem przede wszystkim z wczesnych, niekorzystnych doświadczeń, takich jak przemoc seksualna czy emocjonalna. Zdaniem autorek, korzystna z punktu widzenia zdrowia psychicznego regulacja emocji obejmuje: (1) świadomość i rozumienie emocji; (2) akceptację emocji; (3) umiejętność kontrolowania zachowań impulsywnych i zachowywania się zgodnie z pożądanymi celami w sytuacji doświadczania emocji negatywnych; (4) umiejętność elastycznego stosowania odpowiednich do sytuacji strategii regulacji emocji w celu dostosowywania reakcji emocjonalnych zgodnie z dążeniami osobistymi i wymaganiami sytuacji. Brak wszystkich lub części z tych umiejętności stanowi o trudnościach w regulacji emocji. Problemy w regulacji emocji obejmują zatem zarówno brak samoświadomości i wiedzy na temat doświadczania emocji, ograniczony dostęp do strategii regulacji emocji, jak i deficyty umiejętności aktywnego radzenia sobie z negatywnym afektem, której fundamentem są funkcje wykonawcze takie jak kontrola hamowania (zarówno trudności w kontroli impulsów, jak i problemy z angażowaniem się w zachowania nakierowane na cel). Autorki skonstruowały narzędzie do pomiaru najważniejszych ich zdaniem aspektów deregulacji emocjonalnej (Skala Trudności w Regulacji Emocji (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz i Roemer, 2004). Podstawowe właściwości psychometryczne polskiej wersji DERS oraz konkluzje dotyczące potwierdzenia jego sześcioczynnikowej struktury zaprezentowałam we wskazanej monografii.

Warto podkreślić, że regulacja emocji negatywnych znajduje się w centrum zainteresowania psychologii klinicznej i psychopatologii (Cierpiałkowska, 2013). Jest ona ważną składową procesów samoregulacji, które mają kluczowe znaczenie dla zachowania człowieka i wpływają na sposób jego przystosowania (Bętkowska-Korpała, 2013). Problemy alkoholowe (przede wszystkim zaburzenia związane z jego używaniem) w wielu współczesnych ujęciach postrzegane są w kategoriach zaburzenia/niepowodzenia samoregulacji. Koncepcją, w ramach której proponuje się takie właśnie rozumienie problemów alkoholowych jest z pewnością zaproponowany stosunkowo niedawno przez Marcantonia Spadę i współautorów metapoznawczy model zachowań nałogowych (Spada, Caselli, Nikčević i Wells, 2015). Podejście metapoznawcze w psychologii klinicznej i psychopatologii wywodzi się z nurtu poznawczego, jednak w odróżnieniu od niego kieruje uwagę nie na samą zawartość treści poznawczych, ale raczej na formalne aspekty procesów zaangażowanych w samoregulację poznawczo-emocjonalną. Nazwa tego nurtu bierze się od głównego terminu, do którego się on

odwołuje – metapoznania. Oznacza ono introspekcyjną wiedzę na temat struktur i procesów poznawczych (Czerniawska, 2006), ale odnosi się także do mechanizmów zastosowania tej wiedzy w celu samoregulacji. W literaturze zwraca się uwagę na podobieństwa pomiędzy konceptami samoregulacji i metapoznania. Avi Kaplan (2008) zaproponował nawet, żeby traktować samoregulację i metapoznanie jako zjawiska o wspólnym rdzeniu, który obejmuje samoświadomość i działania regulacyjne. Model metapoznawczy w psychologii klinicznej i psychoterapii (Wells, 2000, 2009; por. Dragan, 2011) opiera się na założeniu o tym, że metapoznanie pełni funkcję wykonawczą wobec procesu przetwarzania informacji (regulacja metapoznawcza) (jest to podstawowe założenie modelu samoregulującej funkcji wykonawczej, S-REF; por. Matthews, 2009). Wiedza metapoznawcza nabywana jest w toku doświadczenia, rozwija się na bazie istniejącej podatności (np. Dragan i Dragan, 2013), a uruchamiana jest często w sposób nieintencjonalny, i ogólnie dotyczy tego, jak przebiega, i od czego zależy proces samoregulacji poznawczo-emocjonalnej. Odgrywa ona zatem kluczową rolę w procesach regulacji emocji. Co więcej, wiedza ta może być adekwatna lub nieadekwatna. Zakłada się, że metapoznanie u osób, które cierpią z powodu zaburzeń psychicznych, ma charakter dysfunkcjonalny (czego wyrazem są przekonania o konieczności kontrolowania myśli albo o pożytku z zamartwiania się). Wpływa ono na przedłużanie odczuwania negatywnych emocji w związku z tym, że determinuje nieadaptacyjny wzorzec samoregulacji poznawczo-emocjonalnej. Mechanizm ten dotyczy również zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i ogólnie picia problemowego. Z perspektywy metapoznawczej narastanie problemów alkoholowych wiązane jest bowiem z utrwalaniem procesu „wspomagania" samoregulacji poznawczo-emocjonalnej za pomocą alkoholu w związku z posiadaniem specyficznych treści metapoznawczych na temat wpływu tej substancji psychoaktywnej na stan psychiczny. Rdzeniem tego procesu są jednak wyjściowe problemy w samoregulacji wynikające z ogólnie nieadekwatnej wiedzy metapoznawczej, nie tylko tej dotyczącej efektów alkoholu; natomiast wraz z narastaniem problemów alkoholowych pogłębia się proces dysfunkcjonalnej samoregulacji poznawczo-emocjonalnej.

Model metapoznawczy wyjaśnia zatem procesy warunkujące rozwój picia problemowego w związku z regulacją emocji negatywnych. Z jego perspektywy centralnym mechanizmem jest zakłócenie samoregulacji poznawczo-emocjonalnej, którego objawem są trudności w regulacji emocji (por. Dragan, 2015). W świetle tych założeń, a także rezultatów badań na temat głównych czynników ryzyka picia problemowego kobiet oraz tych dotyczących następstw niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie założono następujące uwarunkowania ryzyka

picia problemowego przez młode kobiety: ryzyko psychopatologii w wieku dorosłym wzrasta wraz z częstotliwością i nasileniem doświadczeń krzywdzenia w dzieciństwie. Mediatorem tej relacji są trudności w regulacji emocji, odzwierciedlające wiązaną z wczesnymi niekorzystnymi doświadczeniami i utrwaloną deregulację odpowiedzi organizmu na stres. Objawy zaburzeń psychicznych, będące następstwem deregulacji emocjonalnej, są z kolei czynnikiem ryzyka picia problemowego. Związek ten jest zapewne moderowany przez inne zmienne, takie jak kulturowa dostępność alkoholu, podatność genetyczna i czynniki ochronne. Jednak w celu koncentracji na specyficznej „ścieżce etiologicznej" picia problemowego kobiet, w badaniach własnych skierowano uwagę na określone trudności w regulacji emocji. Zmienna ta, jak już wspomniano, jest potencjalnym mediatorem związku pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i objawami zaburzeń psychicznych. Ponadto, odwołując się do metapoznawczego modelu zachowań nałogowych, założono możliwą znaczącą rolę dysfunkcjonalnych treści metapoznawczych na temat alkoholu, wyjaśniających motywację do picia alkoholu mimo pogłębiania się związanych z nim problemów.

W badaniach własnych, jak wspomniano wcześniej, uwagę skoncentrowano na szczególnej – ze względu na ryzyko psychopatologii, ale i intensywnego używania alkoholu – grupie wiekowej wśród kobiet, czyli na kobietach młodych . W modelu metapoznawczym zakłada się, iż kluczową rolę w motywacji do picia alkoholu odgrywają pozytywne treści metapoznawcze, przede wszystkim w związku z regulacją emocji, natomiast zasadniczą funkcję w kontynuacji picia alkoholu i towarzyszą pogłębianiu się problemów alkoholowych pełnią negatywne treści metapoznawcze. Innymi słowy, zakłada się, że na początku kształtowania się wzorca picia problemowego, znaczenie mają przede wszystkim pozytywne treści metapoznawcze, natomiast te negatywne zaczynają odgrywać większą rolę na dalszych etapach picia. W ramach przeprowadzonych analiz wstępnych dokonałam tłumaczenia i adaptacji do warunków polskich narzędzi do pomiaru obu rodzajów treści metapoznawczych – dwóch kwestionariuszy opracowanych przez Marcantonia Spadę i Adriana Wellsa (2006). Pierwsza ze skal – *the Positive Alcohol Metacognitions Scale* (PAMS; Skala Pozytywnych Treści Metapoznawczych na temat Alkoholu) – to narzędzie stworzone w celu oceny pozytywnych treści metapoznawczych na temat używania alkoholu w celu samoregulacji emocjonalnej i poznawczej. Druga ze skal – *the Negative Alcohol Metacognitions Scale* (NAMS; Skala Negatywnych Treści Metapoznawczych na temat Alkoholu) – to narzędzie stworzone w celu oceny negatywnych treści metapoznawczych na temat używania alkoholu, dotyczących niemożności kontrolowania picia oraz szkód natury poznawczej wynikających z picia. Zostały

one omówione w prezentowanej monografii. Określiłam w niej ponadto podstawowe własności psychometryczne polskiej wersji skróconego Kwestionariusza Dzieciństwa do pomiaru niekorzystnych doświadczeń z tego okresu życia (tj. przed 14 r. ż.).

Głównym celem wskazanego przeze mnie osiągnięcia naukowego stało się zatem testowanie modelu teoretycznego, zakładającego istnienie swoistej „ścieżki etiologicznej" wiodącej do picia problemowego u młodych kobiet, związanej z wcześniejszymi niekorzystnymi doświadczeniami, występowaniem trudności w regulacji emocji i objawów zaburzeń psychicznych oraz dysfunkcjonalnych treści metapoznawczych na temat alkoholu.

Poniżej omówiono główne rezultaty trzech badań, przeprowadzonych z myślą o weryfikacji założeń tego modelu teoretycznego. Zaprezentowano jednocześnie wyniki analiz, mające charakter dodatkowy do przedstawionego wyżej głównego celu wskazanego osiągnięcia naukowego. W badaniach wstępnych testowano ogólne założenia na temat związku pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami, dysfunkcjonalnym metapoznaniem i samoregulacją emocji w kontekście picia problemowego. Badania właściwe dotyczyły zasadniczej problematyki pracy, a więc bardziej szczegółowych zależności pomiędzy wybranymi czynnikami ryzyka picia problemowego młodych kobiet. Analizy uzupełniono o badanie dodatkowe, w których eksplorowano zależności pomiędzy piciem problemowym i zaniedbywaniem w dzieciństwie.

(1) Badania wstępne: związek pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa, dysfunkcjonalnym metapoznaniem, trudnościami w regulacji emocji i zaburzeniami psychicznymi oraz piciem problemowym w grupie kobiet i mężczyzn.

Głównym celem badania wstępnego była weryfikacja założenia o tym, że regulacja emocji negatywnych jest zależna od metapoznania. Postawiono tezę, iż predyktorem trudności w regulacji emocji będzie metapoznanie dysfunkcjonalne, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Natomiast trudności w regulacji emocji będą predyktorem objawów zaburzeń psychicznych. Kolejna hipoteza odnosiła się do roli zaburzeń psychicznych jako czynników ryzyka picia problemowego kobiet i stanowiła o tym, że objawy psychopatologii będą ich predyktorem w grupie kobiet, ale nie mężczyzn. Kwestię relacji pomiędzy metapoznaniem i regulacją emocji analizowano nie tylko w odniesieniu do zachowań związanych z piciem alkoholu (objawów picia problemowego), lecz także w kontekście niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa. Analizy te miały zasadniczo charakter eksploracyjny.

Badanie przeprowadzono w grupie 218 osób, 120 kobiet i 98 mężczyzn w wieku od 18 do 42 lat (M = 24,35; SD = 5,01). W celu określenia nasilenia picia problemowego zastosowano skalę przesiewową AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) Światowej Organizacji Zdrowia (Babor i in., 1992; wersja polska: Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych, wydawca: PARPA). Wskaźnikiem symptomów zaburzeń psychicznych był wynik ogólny w Kwestionariuszu do Pomiaru Objawów Psychopatologicznych SCL-27-plus (polska adaptacja: Kuncewicz, Dragan i Hardt, 2014). Natomiast do pomiaru trudności w regulacji emocji zastosowano polską wersję DERS. Wskaźnikiem dysfunkcjonalnych treści metapoznawczych był z kolei wynik w Kwestionariuszu Treści Metapoznawczych (KTM-30, polska adaptacja: Dragan i Dragan, 2011). Zastosowano także opracowaną na potrzeby badań własnych skróconą wersję Kwestionariusza Dzieciństwa (*Childhood Questionnaire*), narzędzia wykorzystywanego w wersji pełnej w innych badaniach (np. Hardt, Dragan, Schultz i Engfer, 2011; Dragan i Hardt, 2016). Służy ono do oceny niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, takich jak utrata rodzica w wyniku śmierci lub rozstania czy jego dłuższa nieobecność (powyżej 6 miesięcy), zaburzenia psychiczne rodziców, nadużywanie przez nich alkoholu, regularne konflikty między rodzicami, przemoc fizyczna i seksualna oraz zła sytuacja finansowa rodziny.

Z przeprowadzonych w drodze modelowania strukturalnego analiz danych wynika, że dysfunkcjonalne metapoznanie można uznać za znaczący predyktor globalnych problemów w regulacji emocji, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Natomiast im większe nasilenie tych trudności, tym większe nasilenie objawów picia problemowego. Wyniki te potwierdzają kluczowe założenia metapoznawczego modelu zachowań nałogowych. Co jednak zaskakujące, nie wykazano istnienia dodatniego związku pomiędzy objawami psychopatologii i piciem problemowym: w przypadku kobiet zaobserwowano prawidłowość odwrotną (związek ujemny), a w przypadku mężczyzn – brak związku istotnego statystycznie. Rezultat ten jest niezgodny z przyjętym założeniem o tym, że zaburzenia psychiczne są znaczącym czynnikiem ryzyka picia problemowego u kobiet. Wskazuje on także na to, że to raczej trudności w regulacji emocji, a nie objawy psychopatologii, stanowią o ryzyku picia problemowego. Można go interpretować w odniesieniu do koncepcji wspomagania regulacji emocji za pomocą alkoholu, uwzględnianej przez metapoznawczy model zachowań nałogowych. W tym świetle picie alkoholu może jawić się jako efektywna (chociaż oczywiście niekorzystna ze zdrowotnego punktu widzenia) strategia radzenia sobie z objawami zaburzeń. Z kolei niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie (wskaźnik łączny) stanowiły predyktor dysfunkcjonalnego metapoznania, ale związek ten, istotny na poziomie całej próby, okazał się nieistotny w grupie

mężczyzn. Uzyskane rezultaty wspierają założenie o istnieniu odmiennej dla kobiet ścieżki zależności pomiędzy samoregulacją poznawczo-emocjonalną i piciem alkoholu – takiej, w ramach której rolę odgrywają także niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa.

(2) Badania właściwe: zaburzona samoregulacja emocjonalna i jej związek z niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa a picie problemowe młodych kobiet

Badania wstępne dostarczyły dowodów wspierających założenie na temat specyficznej dla kobiet ścieżki etiologicznej wiążącej picie alkoholu z regulacją emocji negatywnych. Specyfika ta polega na wykazaniu związku pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie, dysfunkcjonalnym metapoznaniem i trudnościami w regulacji emocji, które są znaczącym predyktorem picia problemowego. Zależności pomiędzy zmiennymi związanymi z samoregulacją emocji w ramach tej ścieżki były w dalszej kolejności testowane w sposób bardziej szczegółowy w badaniach właściwych przeprowadzonych w dużej grupie kobiet młodych. W szczególności, w związku z kluczowymi tezami metapoznawczego modelu zachowań nałogowych założono, że sięganie właśnie po alkohol w związku z samoregulacją poznawczo-emocjonalną wynikać może w znacznym stopniu z dysfunkcjonalnego metapoznania specyficznie odnoszącego się także do „regulacyjnych właściwości" tej substancji. Sformułowano zatem hipotezę o tym, że dysfunkcjonalne przekonania metapoznawcze na temat alkoholu są mediatorem w relacji pomiędzy trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym. Ze względu jednak na wyniki badania wstępnego, przyjęto także założenie o tym, że to trudności w regulacji emocji, a nie objawy zaburzeń psychicznych, są mediatorem w relacji pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i piciem problemowym. Założono, że trudności w regulacji emocji stanowią jednak zmienną objaśniającą objawy psychopatologii. Kwestię tego, czy objawy zaburzeń psychicznych są predyktorem picia problemowego oraz czy są mediatorem w relacji pomiędzy trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym, pozostawiono w formie pytań badawczych. Podobnie w formie pytań pozostawiono kwestie tego, czy niekorzystne doświadczenia specyficznie z okresu dzieciństwa i zdarzenia traumatyczne w ciągu życia w równym stopniu będą predyktorami psychopatologii obserwowanej u badanych kobiet oraz czy trudności w regulacji emocji będą mediatorem zależności pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i zdarzeniami traumatycznymi w ciągu życia oraz objawami zaburzeń psychicznych.

W badaniu wzięły udział 502 kobiety w wieku 18–28 lat (M = 21,78; SD = 1,84). W celu określenia nasilenia picia problemowego, podobnie jak w badaniu wstępnym, zastosowano

skalę przesiewową AUDIT (Babor i in., 1992). Dodatkowym sposobem oceny skali picia problemowego w badanej próbie była diagnoza problemów z piciem alkoholu dokonywana na podstawie Międzynarodowego Kwestionariusza Diagnostycznego WHO (WHO-CIDI, 1990; www.ezop.edu.pl). Do pomiaru objawów psychopatologicznych zastosowano opracowaną przez Jochena Hardta i Hansa Gerbershagena listę symptomów SCL-27 (Hardt i Gerbershagen, 2001; polska adaptacja: Hardt, Dragan i Kappis, 2011). W badaniu uwzględniono pomiar PTSD z tego względu, że zaburzenie to ma charakter specyficzny – jest bowiem możliwym, bezpośrednim następstwem doświadczeń traumatycznych. Podstawowym wskaźnikiem występowania PTSD i nasilenia jego objawów był wynik w Skali do Diagnozy Stresu Pourazowego (*Posttraumatic Diagnostic Scale*, PDS; Foa, Cashman, Jaycox i Perry, 1997; polska adaptacja: Dragan, Lis-Turlejska, Popiel, Szumiał i Dragan, 2012). Podobnie jak w przypadku szacowania skali picia problemowego, drugim sposobem oceny objawów pourazowych w badanej próbie była diagnoza PTSD dokonywana na podstawie polskiej wersji wywiadu ustrukturyzowanego WHO-CIDI. Wyniki uzyskane w PDS (Część I) były także wskaźnikiem stopnia narażenia na zdarzenia potencjalnie traumatyczne w ciągu całego dotychczasowego życia. Niekorzystne zdarzenia z okresu dzieciństwa były oceniane za pomocą pytań składających się na skróconą wersję zastosowanego także w badaniu wstępnym Kwestionariusza Dzieciństwa. Do pomiaru trudności w regulacji emocji zastosowano polską wersję DERS. Natomiast do pomiaru treści metapoznawczych na temat używania alkoholu zastosowano opisane wcześniej PAMS i NAMS.

Skala picia problemowego wśród młodych kobiet

Uzyskane wyniki dotyczące skali picia problemowego przez badane kobiety w wieku 18–28 lat wskazują, że jest to istotny problem w tej grupie wiekowej. Według trzech niezależnych wskaźników (wyniki w AUDIT i WHO-CIDI wg ICD-10 i DSM-IV) kwestia ta dotyczyć może nawet 30–40% kobiet z tej grupy wiekowej. Wynik ten koresponduje z rezultatami licznych badań, wskazujących na to, że wczesna młodość (tj. do 30. roku życia) wiąże się – zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet – ze wzrostem częstotliwości i intensywności picia alkoholu. Ponadto w literaturze opisywany jest tzw. efekt studiowania, zgodnie z którym osoby młode w czasie studiów wyższych piją znacznie częściej i więcej. O przejściowości problemów alkoholowych wynikających z wieku i „efektu studiowania" świadczyć może fakt, że najczęściej wskazywanym w badaniach własnych w wywiadzie diagnostycznym WHO-CIDI problemem związanym z piciem alkoholu były trudności z wywiązywaniem się z obowiązków w pracy, szkole lub domu w związku z piciem lub byciem na kacu (ponad 40%). Ponadto

objawy picia problemowego w ciągu ostatniego miesiąca relacjonowało 22% badanych kobiet. Uzyskane rezultaty dotyczące skali picia problemowego w badanej grupie kobiet młodych wydają się potwierdzać, że chociaż na tym etapie życia wzorzec picia alkoholu jest najbardziej intensywny, a indywidualna ścieżka z nim związana podlega „krystalizacji", to trudno jest odróżnić w sposób wyraźny problemy z piciem alkoholu ograniczające się jedynie do tego okresu rozwojowego od tych, które będą się utrzymywały także w życiu późniejszym.

Rozpowszechnienie, współwystępowanie i konsekwencje niekorzystnych doświadczeń wśród młodych kobiet

Co najmniej jedną kategorię negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa wskazało w Kwestionariuszu Dzieciństwa 77,3% (N = 388) badanych kobiet. Średnia wskazań (liczba doświadczeń) wyniosła 2,5 (SD = 2,28). Najczęściej wskazywane były regularne kłótnie pomiędzy rodzicami (44%), niestabilna lub zła sytuacja finansowa rodziny (35%), problemy z alkoholem ojca (27,5%), doświadczanie przemocy fizycznej (17%), dłuższa (> 6 miesięcy) nieobecność rodzica (15,5%), zaburzenia psychiczne matki (15%), kłótnie z rękoczynami pomiędzy rodzicami (15%) oraz utrata rodzica z powodu śmierci lub rozstania rodziców (15%). Wskazania pozostałych kategorii doświadczeń wynosiły poniżej 15%, w tym nieprzyjemne lub obciążające doświadczenia seksualne (5%). Jeśli natomiast chodzi o rozpowszechnienie zdarzeń spełniających kryteria zdarzenia traumatycznego w ciągu życia (według PDS – które to narzędzie odnosi się bezpośrednio do kryteriów DSM-IV), to przeżycia takie deklarowało 50,6% badanych kobiet. Średnia liczba tego typu doświadczeń wyniosła 1,76 (SD = 1,16). Spośród badanych kobiet 49,1% wskazało, że wybrane jako najbardziej nękające zdarzenie miało miejsce nie dawniej niż 5 lat temu, natomiast 50,9% – że więcej niż 5 lat temu. W tej ostatniej grupie najczęściej jako zdarzenia o najsilniejszym oddziaływaniu wskazywane były: poważny wypadek, pożar lub wybuch (21,5%), choroba zagrażająca życiu (18,8%), inne zdarzenie urazowe (16,8%) oraz napaść na tle innym niż seksualne ze strony członka rodziny lub kogoś znajomego (11,4%). Natomiast spośród zdarzeń, które miały miejsce nie dawniej niż 5 lat temu, najczęściej jako najbardziej nękające wskazywane były: choroba zagrażająca życiu (29,1%), inne zdarzenia urazowe (22,7%) oraz poważny wypadek, pożar lub wybuch (15,6%). Wskazania pozostałych kategorii zdarzeń wynosiły nie więcej niż 10%.

Wyniki skróconej wersji Kwestionariusza Dzieciństwa korelowały pozytywnie z wynikami części 1 PDS. Oznacza to, że im więcej niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, tym także więcej traumatycznych zdarzeń ogólnie w ciągu życia; wielkość współczynnika korelacji nie

była jednak wysoka (r = 0,24). W celu sprawdzenia, czy doświadczenia napaści fizycznej i seksualnej ze strony członka rodziny lub innej osoby znanej oraz molestowania seksualnego wskazywane w PDS nie pokrywają się z doświadczeniami przemocy fizycznej i wykorzystania seksualnego wskazywanymi w Kwestionariuszu Dzieciństwa, przeprowadzono analizy zgodności odpowiedzi z zastosowaniem współczynnika kappa Cohena. W każdym przypadku porównań zgodności wybranych wskazań współczynniki kappa wynosiły poniżej 0,20 i były nieistotne statystycznie, co oznacza bardzo niewielką zgodność odpowiedzi. Można zatem zakładać, że doświadczenia raportowane w tych dwóch kwestionariuszach pokrywają się jedynie w niewielkim zakresie.

Analizowano występowanie PTSD w badanej grupie (0 – brak diagnozy, 1 – obecność objawów zaburzenia). Zgodnie z wynikami 10,6% badanych spełniało wszystkie kryteria, tj. miały pełną diagnozę PTSD; natomiast w przypadku 12,9% kobiet nie wszystkie kryteria zostały spełnione („niepełne PTSD"). Analizowano różnice w nasileniu różnych symptomów pomiędzy osobami, które nie relacjonowały żadnych niekorzystnych doświadczeń z okresu dzieciństwa oraz osobami, które wskazały co najmniej jedno takie doświadczenie. Uwzględniono następujące zmienne: trudności w regulacji emocji (DERS), objawy psychopatologii (SCL-27), objawy PTSD (PDS), treści metapoznawcze na temat alkoholu – pozytywne i negatywne (PAMS, NAMS) – oraz problemowe picie alkoholu (AUDIT). Wszystkie wyniki okazały się istotne statystycznie (test U Manna–Whitneya), co oznacza, że badane kobiety relacjonujące niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa w porównaniu z kobietami bez takich doświadczeń zgłaszały większe nasilenie trudności w regulacji emocji, objawów psychopatologii ogółem, objawów PTSD, objawów picia problemowego oraz więcej pozytywnych i negatywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu. Otrzymano także istotne statystycznie wskaźniki korelacji (0,14 – 0,29) pomiędzy liczbą niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i wynikami pozostałych skal z wyjątkiem NAMS, w przypadku której otrzymany wskaźnik korelacji był nieistotny statystycznie. Ponadto kobiety wskazujące co najmniej jedno niekorzystne doświadczenie z okresu dzieciństwa częściej otrzymywały diagnozę PTSD (pełną lub niepełną) według PDS. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy liczbą przeżyć traumatycznych z okresu całego życia i objawami picia problemowego. Ponadto otrzymano istotne statystycznie dodatnie korelacje pomiędzy nasileniem picia problemowego a większością pozostałych zmiennych (0,10 – 0,47), z wyjątkiem nasilenia objawów PTSD z grupy B (objawy ponownego przeżywania traumy) i negatywnych treści metapoznawczych na temat szkód natury poznawczej wynikających z picia.

W dalszej części skoncentrowano się na bardziej pogłębionej eksploracji zależności pomiędzy kluczowymi czynnikami ryzyka oraz weryfikacji modelu teoretycznego zakładającego istnienie specyficznej dla kobiet ścieżki etiologicznej picia problemowego. Analizę zależności pomiędzy zmiennymi przeprowadzono w dwóch kolejnych etapach. Pierwszym z nich była analiza mediacji, którą podjęto w odniesieniu do sformułowanych hipotez badawczych, a także ze względu na stwierdzone korelacje wyników. W pierwszym kroku uwzględniono następujące zmienne: niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, trudności w regulacji emocji, treści metapoznawcze na temat alkoholu (pozytywne) i picie problemowe. Zaproponowano dwa niezależne, proste modele z jednym mediatorem: (1) zakładający wpływ trudności w regulacji emocji (mediator) na związek pomiędzy liczbą niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i piciem problemowym oraz (2) zakładający wpływ pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu (mediator) na związek pomiędzy trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym. Istotność statystyczna możliwych efektów mediacyjnych była weryfikowana za pomocą procedury zaproponowanej przez Barona i Kenny'ego (1986). Dodatkowo, w przypadku gdy analizy spełniały kryteria ustalone dla tej procedury, zastosowano test Sobela (1982). Oba modele okazały się istotne statystycznie. W przypadku pierwszego z nich potwierdzono efekt częściowej mediacji ze strony trudności w regulacji emocji w ramach związku pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i piciem problemowym ($z = 3,74$; $p < 0,001$). Natomiast w drugim przypadku obserwowano efekt pełnej mediacji ze strony pozytywnych treści metapoznawczych w ramach relacji pomiędzy trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym ($z = 8,09$; $p < 0,001$). W kolejnym kroku testowano bardziej złożony model zależności odnoszący się do założeń teoretycznych o możliwych powiązaniach pomiędzy wieloma zmiennymi, jak również do wyników badania wstępnego i przeprowadzonych analiz mediacji. W zakładanym modelu hipotetycznym uwzględniono jednocześnie zmienne, w odniesieniu do których sformułowano hipotezy badawcze: niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, trudności w regulacji emocji, treści metapoznawcze na temat alkoholu i picie problemowe. Ponadto uwzględniono także zmienne, które stały się przedmiotem pytań badawczych: objawy zaburzeń psychicznych (psychopatologia ogólna i PTSD) oraz zdarzenia traumatyczne w ciągu życia. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano technikę modelowania równań strukturalnych.

Związek pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i problemowym piciem alkoholu młodych kobiet – rola samoregulacji emocji

Celem głównego etapu analizy wyników było łączne uwzględnienie tych czterech zmiennych w celu testowania zależności pomiędzy nimi, również w szerszym kontekście, polegającym na włączeniu także pozostałych czynników, tj. zdarzeń traumatycznych w ciągu życia i objawów zaburzeń psychicznych. Zaproponowany model zależności, po pewnych modyfikacjach (usunięcie ścieżek nieistotnych statystycznie), okazał się bardzo dobrze dopasowany do danych. Wynika z niego, że niezależnym predyktorem picia problemowego w badanej grupie młodych kobiet są niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, ale nie zdarzenia traumatyczne w ciągu życia (mimo dodatniej korelacji z doświadczeniami z dzieciństwa) i objawy zaburzeń psychicznych. Istotnym predyktorem picia problemowego pozostały pozytywne, ale nie negatywne treści metapoznawcze na temat alkoholu, a obserwowany związek w ich wypadku jest silniejszy niż ten wykazany dla niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa. Pozytywne treści metapoznawcze na temat alkoholu utrzymały także status mediatora pomiędzy trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym; nie wykazano istnienia bezpośredniej, istotnej ścieżki pomiędzy tymi dwiema ostatnimi zmiennymi. Trudności w regulacji emocji stanowiły natomiast czynnik pośredniczący pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa i pozytywnymi treściami metapoznawczymi na temat alkoholu. Bardziej istotną niż objawy psychopatologii rolę w modelu okazały się odgrywać właśnie trudności w regulacji emocji, które były predyktorem nie tylko pozytywnych treści metapoznawczych, lecz także tych negatywnych, jak również objawów psychopatologicznych i PTSD. Można zatem zakładać, że tego rodzaju problemy stanowią podstawę ogólnej psychopatologii obserwowanej u młodych kobiet, co jest zgodne z koncepcją trudności w regulacji emocji jako konstruktu unifikującego, odnoszącego się do bazowych mechanizmów samoregulacji, leżących u podłoża różnych form psychopatologii. Natomiast niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa były w modelu predyktorem nie tylko picia problemowego i trudności w regulacji emocji, lecz także objawów PTSD. Z kolei zdarzenia traumatyczne w ciągu życia okazały się przewidywać nie jedynie symptomy PTSD, ale i inne objawy psychopatologiczne.

Spośród różnych rodzajów trudności w regulacji emocji, uwzględnionych w DERS, największy udział w ramach czynnika globalnego przypadł ograniczonemu dostępowi do strategii regulacji emocji. W dalszej kolejności zaś udział ten przypadł, w porządku malejącym: trudnościom w kontroli impulsów, trudnościom w angażowaniu się w zachowania ukierunkowane na cel, nieakceptowaniu emocji i niejasności co do przeżywanych emocji. Najniższy wkład

zaobserwowano dla braku świadomości emocji. Należy zauważyć, że obserwowane u badanych kobiet główne trudności mają charakter problemów związanych z aktywnym radzeniem sobie z negatywnym afektem, których fundamentem są funkcje wykonawcze, a nie deficytów metapoznania polegających na ograniczonej samoświadomości czy refleksyjności dotyczącej własnych stanów emocjonalnych. W dominującym profilu problemów w regulacji emocji na pierwszy plan, poza ograniczonym repertuarem strategii samoregulacyjnych, wysunęły się niepowodzenia w opanowywaniu negatywnych emocji, polegające z jednej strony na niemożności kontynuowania czynności, a z drugiej na utracie kontroli nad zachowaniem.

Podsumowując, w badanej grupie kobiet w otrzymanym modelu zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi czynnikami ryzyka picia problemowego okazały się być: (1) w sposób bezpośredni niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa ogółem oraz (2) w sposób pośredni – trudności w regulacji emocji i pozytywne treści metapoznawcze na temat alkoholu. Ta druga, niebezpośrednia ścieżka wskazuje, że ryzyko picia problemowego po niekorzystnych doświadczeniach z dzieciństwa wzrasta wraz z nasileniem trudności w regulacji emocji i pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu. Ryzyko to jest wyższe niż w przypadku niewystępowania tych trudności (ścieżka bezpośrednia). Należy zatem uznać, że problemy w samoregulacji emocji po niekorzystnych doświadczeniach dziecięcych są głównym czynnikiem ryzyka picia problemowego u młodych kobiet. Ten specyficzny mechanizm, założony i potwierdzony w badaniu własnym, łączy dwie opisywane wcześniej w literaturze ścieżki etiologiczne wiążące problemy alkoholowe z jednej strony z regulacją negatywnego afektu, a z drugiej – z niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa (Sher, Grekin i Williams, 2005). Ponadto otrzymany model zależności wskazuje, że w etiologii problemów alkoholowych kobiet znaczenie mają niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, przede wszystkim te, które zachodziły w ramach relacji z rodzicami/opiekunami. Kobiety, które mają za sobą takie doświadczenia, przejawiają więcej trudności w regulacji emocji, w szczególności związanych z brakiem umiejętności adekwatnego opanowywania silnych emocji negatywnych; problemy te stanowią ogólnie o zwiększonym ryzyku psychopatologii. Jednakże to te z nich, które relacjonują bardziej nasilone pozytywne przekonania metapoznawcze na temat regulacyjnych efektów alkoholu, są zdecydowanie najbardziej narażone na picie problemowe – a w dalszej perspektywie, najprawdopodobniej, także na rozwój zaburzeń związanych z używaniem tej substancji.

W przeprowadzonym badaniu koncentrowano się w pierwszej kolejności na efekcie kumulacji niekorzystnych doświadczeń oraz różnicowaniu grupy badanych kobiet w zależności od

występowania lub niewystępowania w historii ich życia tego typu doświadczeń ogółem. Wynikało to z założenia o niskim specyficznym wpływie poszczególnych rodzajów doświadczeń na występowanie objawów zaburzeń oraz przesłanek na temat tego, że wraz z liczbą niekorzystnych doświadczeń wzrasta ryzyko ogólnych zakłóceń funkcjonowania, choć niekoniecznie to dotyczące specyficznych zaburzeń psychicznych. Efekt ten, obserwowany w innych badaniach, zasadniczo udało się potwierdzić. Mimo tego, zadano jednak pytanie o to, które z branych pod uwagę niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa w największym stopniu przewidują problemy w samoregulacji emocji i picie problemowe młodych kobiet.

Rodzaj niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa a samoregulacja emocji i picie problemowe

W celach eksploracyjnych przeprowadzono w pierwszej kolejności analizę skupień wraz z analizą dyskryminacyjną, dzięki której uzyskano informacje na temat różnych „profili objawowych" w zależności od klastera niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie. W toku analizy wyodrębniono trzy skupienia: (1) wykorzystanie seksualne; (2) niekorzystne doświadczenia związane z dysfunkcją rodziny pochodzenia („rodzina dysfunkcjonalna"); (3) niekorzystne doświadczenia związane ze złym stanem zdrowia rodziców. Wyodrębniona funkcja dyskryminacyjna różnicowała przede wszystkim grupę kobiet z doświadczeniem traumy seksualnej od pozostałych dwóch grup. Dla badanych kobiet, które relacjonowały niekorzystne doświadczenia związane z dysfunkcją rodziny lub ze złym stanem zdrowia rodziców (bez traumy seksualnej) charakterystyczne było „wyrównanie" w zakresie poziomu analizowanych zmiennych. W tych dwóch grupach obserwowano ogólnie przeciętny poziom objawów zaburzeń psychicznych, objawów PTSD, pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu i nasilenia picia problemowego. Natomiast kobiety z doświadczeniem traumy seksualnej charakteryzowały się najwyższymi wartościami objawów PTSD i picia problemowego, a jednocześnie najniższymi wartościami pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu. Aż 48% z nich spełniało wszystkie kryteria PTSD. W grupie tej, jako jedynej z wyodrębnionych w analizie skupień, zaobserwowano także istotną statystycznie korelację pomiędzy nasileniem picia problemowego i negatywnymi treściami metapoznawczymi na temat alkoholu. Ogólnie rezultaty badania wskazują, że doświadczenie traumy seksualnej jest czynnikiem istotnie zmieniającym funkcjonowanie psychologiczne osób badanych w porównaniu z osobami, które traumy seksualnej nie doświadczyły.

W następnym kroku przeprowadzono także analizę regresji logistycznej, dzięki której określono niezależne predyktory picia problemowego spośród uwzględnionych w badaniu

rodzajów doświadczeń. Otrzymano istotne statystycznie zależności pomiędzy występowaniem picia problemowego w badanej próbie kobiet młodych a zaburzeniami psychicznymi matki lub ojca, problemami alkoholowymi ojca, występowaniem regularnych kłótni pomiędzy rodzicami, kłótni z rękoczynami lub zagrożenia przemocą w rodzinie oraz obciążającymi doświadczeniami seksualnymi lub wykorzystaniem seksualnym. Każde z wymienionych negatywnych doświadczeń zwiększało prawdopodobieństwo wystąpienia picia problemowego. Największy wzrost prawdopodobieństwa miał miejsce w przypadku wykorzystania seksualnego.

(3) Badania uzupełniające: zaniedbywanie w dzieciństwie a problemowe picie alkoholu przez młode kobiety

Ze względu na fakt, że Kwestionariusz Dzieciństwa nie uwzględnia wśród niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa zaniedbywania (materialnego i emocjonalnego) oraz przemocy emocjonalnej, przeprowadzono dodatkowe analizy w oparciu o dane uzyskane w badaniu internetowym, przeprowadzonym w grupie 1008 osób obu płci. Z próby tej wyselekcjonowano kobiety, które stanowiły 53,2% wszystkich badanych (N = 536); średnia wieku wyniosła M = 40,69 (SD = 15,40). W badaniu, obok narzędzia przesiewowego CAGE do wykrywania problemów alkoholowych (Ewing, 1984), zastosowano Kwestionariusz Zaniedbywania (*ACE Questionnaire*; Felitti i in., 1998). Najwyższy odsetek pijących problemowo według CAGE (20%) stwierdzono w najmłodszej grupie wiekowej (18 – 25 lat). Przeprowadzono analizę regresji logistycznej, gdzie zmienną zależną było picie problemowe w CAGE, a predyktorem – nasilenie zaniedbywania przed 14. rokiem życia. Nie wykazano związku pomiędzy relacjonowanym zaniedbywaniem i problemami alkoholowymi.

Wnioski i zastosowania

Badania własne potwierdziły, że problemowe picie alkoholu przez kobiety młode, ze względu na stosunkowo częste rozpowszechnienie i towarzyszące mu ryzyko, jest ważnym problemem zdrowotnym w perspektywie indywidualnej i społecznej. Wynika z nich także, że wśród czynników ryzyka picia problemowego specyficznych dla kobiet z tej grupy wiekowej, znajdują się niekorzystne doświadczenia, ale raczej te z okresu dzieciństwa, aniżeli zdarzenia traumatyczne, które wystąpiły w życiu późniejszym. Z niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa ogółem – odnoszącymi się przede wszystkim do relacji z rodzicami/opiekunami – można wiązać trudności w regulacji emocji, stanowiące wspólne podłoże psychopatologii i

swoistą „bazę", na której rozwijają się oczekiwania względem alkoholu związane z samoregulacją emocji. Doświadczane problemy w regulacji emocji – przede wszystkim te związane z ograniczonym repertuarem strategii samoregulacyjnych i aktywnym radzeniem sobie z negatywnym afektem – stanowią swoisty „punkt wyjścia" w ramach głównej ścieżki stanowiącej o zwiększonym ryzyku picia problemowego. Rezultaty obu przeprowadzonych przeze mnie badań własnych – wstępnego i właściwego – potwierdzają założenie, iż ta ścieżka etiologiczna picia problemowego ma szczególne znaczenie w przypadku kobiet. Trudności w regulacji emocji jednak nie przesądzają o zwiększonym ryzyku w sposób bezpośredni, lecz za pośrednictwem pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu, które to *de facto* stanowią kluczowy czynnik ryzyka w ramach tej ścieżki etiologicznej. Należy zatem przyjąć, że to metapoznawcze z natury przekonania o użyteczności alkoholu jako środka „wspomagającego" samoregulację emocji są głównym czynnikiem decydującym o rozwoju wzorca picia problemowego u młodych kobiet. Można zakładać, że zwłaszcza na dalszych etapach życia większość badanych, pijących problemowo kobiet zmieni ten wzorzec na bardziej adaptacyjny. Część z nich jednak – tych, u których zgodnie z metapoznawczym modelem zachowań nałogowych zaczną w pewnym momencie przeważać negatywne treści metapoznawcze na temat alkoholu – będzie zagrożona rozwojem zaburzeń związanych z używaniem tej substancji.

Analiza związków pomiędzy poszczególnymi rodzajami niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i problemowym piciem alkoholu przez młode kobiety wykazała, że są one istotne tylko w przypadku niektórych z nich, czego dowiedziono w badaniach właściwych i uzupełniających. Nie wykazano związku z zaniedbywaniem w dzieciństwie, natomiast spośród doświadczeń, które brane były pod uwagę w badaniu właściwym, największe znaczenie okazały się mieć te wynikające z nieprzystosowania rodziców, burzącego bezpieczeństwo emocjonalne dziecka (zaburzenia psychiczne rodziców, w tym problem alkoholowy ojca, poważne konflikty pomiędzy rodzicami, zagrożenie przemocą w rodzinie) oraz trauma seksualna. Analiza różnic w profilach objawów w zależności od klastera niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa ujawniła, że chociaż trudności w regulacji emocji mają podobne nasilenie niezależnie od rodzaju tych doświadczeń, to już inaczej rysuje się kwestia innych następstw. O ile można zakładać, że otrzymana główna ścieżka zależności wiodąca do picia problemowego odnosi się przede wszystkim do niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa związanych z dysfunkcją rodziny pochodzenia lub złym stanem zdrowia rodziców, to nie dotyczy ona wyraźnie wykorzystywania seksualnego. W jego przypadku uzyskano wyraźnie

odmienny profil możliwych uwarunkowań picia problemowego, w którym dominują znacznie nasilone objawy PTSD i przekonania o niemożności kontrolowania picia. Rezultaty te wspierają konkluzje płynące z innych badań wskazujące na to, że wykorzystywanie seksualne jest szczególnym czynnikiem ryzyka problemów alkoholowych kobiet w związku z tym, że ma ono wyjątkowo destrukcyjny wpływ na psychikę (por. Covington, 2008; Schier, 2015). Wyniki badania własnego dowodzą, że może to wynikać z faktu, iż kobiety po traumie seksualnej doświadczają chronicznie obezwładniających negatywnych reakcji emocjonalnych, których nie są w stanie opanować, a jednym z przejawów tego ogólnego deficytu samoregulacji może być również picie problemowe.

Uzyskane przeze mnie wyniki mają implikacje o charakterze teoretycznym, ale także praktycznym. Najważniejszą implikacją teoretyczną jest klaryfikacja specyficznej dla kobiet „ścieżki etiologicznej", łączącej niekorzystne doświadczenia życiowe, objawy zaburzeń emocjonalnych i picia problemowego. Otrzymany wzorzec zależności wskazuje generalnie na znaczenie samoregulacji poznawczo-emocjonalnej za pomocą alkoholu w etiologii problemów alkoholowych u kobiet. Wykazano, że to nie objawy zaburzeń psychicznych, ale właśnie bardziej podstawowe deficyty w regulacji emocji – wiązane z wcześniejszymi niekorzystnymi doświadczeniami – zwiększają ryzyko picia problemowego w tej grupie. Przede wszystkim jednak dzieje się tak z powodu intensyfikacji ryzyka posiadania związanych z samoregulacją pozytywnych treści metapoznawczych na temat alkoholu, które to przekonania stanowią kluczowy czynnik ryzyka picia problemowego. Co więcej, brak związku z psychopatologią sugeruje, że picie alkoholu rzeczywiście „wspomaga" radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi. Ponadto wykazano, że deficyty w regulacji emocji stanowią swoistą bazę dla spektrum psychopatologii relacjonowanej przez młode kobiety. Trudności te, w świetle modelu metapoznawczego, wynikają z dysfunkcjonalnego metapoznania o bardziej ogólnym charakterze (a więc dotyczącym samoregulacji poznawczo-emocjonalnej), co potwierdzono także w badaniach wstępnych. Ich predyktorem nie są jednak stosunkowo niedawne zdarzenia traumatyczne, ale niekorzystne doświadczenia z okresu dzieciństwa, wiązane właśnie z deregulacją emocjonalną. Potwierdza to istnienie specyficznej ścieżki etiologicznej w przypadku problemowego picia alkoholu przez (młode) kobiety. W jej obrębie wczesne niekorzystne doświadczenia odpowiadają (zapewne obok innych zmiennych, nieuwzględnianych w badaniach własnych, takich jak czynniki wrodzone czy te związane z socjalizacją) za deficyty w regulacji emocji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem nabywania przekonań o użyteczności picia alkoholu jako strategii samoregulacji emocji.

Rezultaty wskazujące na to, że pozytywne treści metapoznawcze są pełnym mediatorem relacji między trudnościami w regulacji emocji i piciem problemowym potwierdzają ogólne założenia modelu metapoznawczego zachowań nałogowych, mimo że nie zaobserwowano istotnej korelacji pomiędzy piciem problemowym i negatywnymi treściami metapoznawczymi. W modelu tym bowiem zakłada się, iż pozytywne treści metapoznawcze odgrywają kluczową rolę w motywacji do picia alkoholu, przede wszystkim właśnie w związku z regulacją stanów emocjonalnych, natomiast negatywne treści metapoznawcze pełnią zasadniczą funkcję w kontynuacji picia alkoholu i towarzyszą pogłębianiu się problemów alkoholowych. Wskazuje to, że w okresie wczesnej młodości picie alkoholu wiąże się głównie z ogólnie pozytywnymi motywami, do których należą także pozytywne oczekiwania odnośnie do samoregulacji poznawczo-emocjonalnej. Chociaż sugerowane tutaj wnioski wymagają potwierdzenia w dalszych badaniach, najlepiej o charakterze podłużnym, to w świetle koncepcji metapoznawczej można zakładać, że pogłębieniem problemów alkoholowych będą zagrożone te kobiety, u których stopniowo zaczną dominować negatywne treści metapoznawcze. Treści te mogą *de facto* odzwierciedlać proces rozwoju zaburzenia, jako że dotyczą spostrzeganego negatywnego wpływu picia alkoholu, wiążącego się z utratą nad nim kontroli (por. Dragan, 2015). Ze względu na młody wiek badanych kobiet procesy te są jeszcze mało dostrzegalne, jednak można przyjąć, że u niektórych z nich będą się one pogłębiać – z pewnością u tych, które cierpią z powodu nasilonych trudności w samoregulacji poznawczo-emocjonalnej.

Kolejnym wynikiem o istotnym znaczeniu dla testowanej perspektywy teoretycznej są rezultaty wskazujące z jednej strony na negatywny efekt kumulacji niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, a z drugiej strony te sugerujące szczególną rolę niektórych spośród nich. Mowa o doświadczeniach wynikających najprawdopodobniej z nieprzystosowania rodziców, składających się na zaburzone funkcjonowanie rodziny pochodzenia, którego przejawem mógł być ogólnie negatywny „klimat emocjonalny" lub częste wyrażanie silnych emocji negatywnych. W tym zakresie konieczne wydają się dalsze, rozszerzone analizy, które obejmowałyby nie tylko pogłębienie opisu doświadczeń z lat dziecięcych kobiet z grupy ryzyka picia problemowego, ale także zagadnienie interakcji czynników o charakterze biologicznym (w tym przede wszystkim kwestię dziedziczenia i deregulacji na poziomie odpowiedzi na stres) i psychospołecznym (w tym kwestię uczenia się poprzez modelowanie i innych mechanizmów związanych z nabywaniem umiejętności regulacji emocji, a także kształtowaniem się wzorca picia alkoholu w celu samoregulacji). Ponadto w badaniach własnych potwierdzono status traumy seksualnej jako wyjątkowego czynnika wśród uwarunkowań picia problemowego

kobiet. Uzyskane rezultaty sugerują, że ten rodzaj doświadczeń ma związek z najprawdopodobniej przewlekle utrzymującymi się, nasilonymi objawami pourazowymi i poczuciem utraty kontroli nad swoim stanem.

Obserwowane u badanych kobiet główne trudności w regulacji emocji miały charakter problemów związanych z aktywnym radzeniem sobie z negatywnym afektem, a nie deficytów polegających na ograniczonej samoświadomości czy refleksyjności dotyczącej własnych stanów emocjonalnych. Wydaje się, że jest to ważna implikacja praktyczna badania. Zwrócenie uwagi na wiodący rodzaj deficytów w regulacji emocji w terapii może bowiem pomóc w doborze najbardziej skutecznych interwencji. Na problem niedostosowania terapii w zakresie rozwoju najważniejszych z punktu widzenia zdrowia psychicznego strategii regulacyjnych zwracają uwagę różni autorzy (np. Aldao, Nolen-Hoeksema i Schweizer, 2010). Z badań własnych wynikałoby, że interwencje terapeutyczne u kobiet nadużywających alkoholu w związku z samoregulacją negatywnych stanów emocjonalnych powinny dotyczyć poszerzania repertuaru korzystnych strategii regulacji emocji i metod opanowywania silnych negatywnych emocji w większym stopniu niż np. uzyskiwania wglądu w przeżywane emocje. Wydaje się, że terapia metapoznawcza, której założenia były w badaniach własnych testowane, oferuje w tym zakresie specyficzne techniki, które nakierowane są na zmianę dezadaptacyjnych wzorców reagowania związanego z samoregulacją poznawczo-emocjonalną. Przykładowo taką techniką, której celem jest poprawa w zakresie funkcji kontrolującej uwagi, jest trening uwagowy (*attentional training technique*, ATT) opracowany przez Adriana Wellsa (2000, 2009), polegający m.in. na nauce umiejętności elastycznego przenoszenia uwagi na wybrane bodźce.

Uzyskane rezultaty wspierają także postulaty Stephanie Covington (2008) o potrzebie dostosowania leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu u kobiet do specyfiki ich doświadczeń, które nierzadko obejmowały skrajnie urazowe zdarzenia z dzieciństwa takie jak przemoc seksualna. Wykazano bowiem, że specyfika następstw zależy od rodzaju doświadczeń z dzieciństwa, a szczególnie różnicującym zdarzeniem jest właśnie trauma seksualna. Ponadto, wyniki badań własnych sugerują, że w trakcie terapii uwzględniającej kwestię problemów w regulacji emocji ważne może okazać się rozpoznawanie wzorców związanych z wyrażaniem emocji i wzmacnianiem zachowań związanych z samoregulacją w rodzinie pochodzenia. Dodatkowo, uzyskane wyniki dostarczają informacji o czynnikach ryzyka picia alkoholu przez młode kobiety w celu radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Mogą one zatem znaleźć zastosowanie w obszarze prewencji picia problemowego.

Literatura cytowana

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30,* 217–237.

Arnett, J.J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties (wyd. 2).* Oxford: Oxford University Press.

Ault, K., Aldworth, J. Barnett-Walker, K., Carpenter, L., Copello, E., Frechtel, P., Liu, B., M artin, P. (2009). *National survey on drug use and health. Imputation report.* Research Triangle Park: RTI International.

Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J., Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary healthcare.* Geneva: World Health Organization.

Bętkowska-Korpała, B. (2013). *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu.* Kraków: Medycyna Praktyczna.

Chodkiewicz, J. (2010). Nadużywanie alkoholu przez młodych mężczyzn i młode kobiety – znaczenie czynników temperamentalnych i charakterologicznych. *Czasopismo Psychologiczne, 16,* 181–188.

Cierpiałkowska, L. (2001). *Alkoholizm – przyczyny, leczenie, profilaktyka.* Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Cierpiałkowska, L. (2013). *Psychopatologia.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Covington, S.S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, SARC Supplement 5.

Czerniawska, E. (2006). Metapoznanie a inteligencja – przegląd poglądów teoretycznych i wyników badań. *Przegląd Psychologiczny, 49,* 119–139.

Dragan, M., Dragan, W. (2011). Właściwości psychometryczne polskiej wersji the Meta-cognitions Questionnaire-30. *Psychiatria Polska, 4,* 545–553.

Dragan, M., Dragan, W. (2013). Temperament and anxiety: The mediating role of metacognition. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36,* 246–254.

Dragan, M., Hardt, J. (2016). Childhood adversities and risk for problematic alcohol use. *Addictive Behaviors, 59,* 65–71.

Dragan, M. (2010). Alcohol dependence and PTSD comorbidity (rozdz. 7). W: L. Sher, A. Vilens (red.), *Suicidal behavior in alcohol and drug abuse and dependence (s. 101– 115).* New York: Nova Science Publishers.

Dragan, M. (2011). Terapia metapoznawcza. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Szkoły i metody (s. 211–225).* Warszawa: Eneteia.

Dragan, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and problem drinking in young women: The mediating effect of metacognitions about alcohol use. *Addictive Behaviors, 48,* 30–35.

Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Popiel, A., Szumiał, S., Dragan, W. (2012). The validation of the polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure. *European Journal of Psychotraumatology, 3,* 18479.

Enoch, M.A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology, 1,* 17–31.

Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *Journal of the American Medical Association, 252,* 1905-1907.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14,* 245–258.

Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9,* 445–451.

Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26,* 41–54.

Hardt, J., Gerbershagen, H.U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain, 5,* 187–197.

Hardt, J., Dragan, M., Kappis, B. (2011). A short screening instrument for mental health problems: The Symptom Checklist-27 (SCL-27) in Poland and Germany. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 15,* 50–55.

Hardt, J., Dragan, M., Schultz, S., Engfer, A. (2011). Parent-child relationships in Poland and Germany: A retrospective study. *Psychology, 2,* 502–508.

Heim, C., Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A.H., Nemeroff, C.B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA, 284,* 592–597.

Jackson, K.M., Bucholz, K.K., Wood, P.K., Steinley, D., Grant, J.D., Sher, K.J. (2014). Towards the characterization and validation of alcohol use disorder subtypes: Integrating consumption and symptom data. *Psychological Medicine, 44,* 143–159.

Kaplan, A. (2008). Clarifying metacognition, self-regulation, and self-regulated learning: What's the purpose? *Educational Psychology Review, 20,* 477–484.

Kuncewicz, D., Dragan, M., Hardt, J. (2014). Walidacja polskiej wersji kwestionariusza The Symptom Checklist-27-plus. *Psychiatria Polska, 48,* 345–358.

Matthews, G. (2009). Komputacyjne modele lęku, przeł. Z. Mackiewicz. W: M. Fajkowska-Stanik, B. Szymura (red.), *Lęk – geneza, mechanizmy, funkcje (s. 77–108).* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Mezquita, L., Ibáñez, M.I., Moya, J., Villa, H., Ortet, G. (2014). A longitudinal examination of different etiological pathways to alcohol use and misuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 38,* 1770–1779.

Schier, K. (2015). *Dorosłe dzieci – psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self.* Nowy Jork: W.W. Norton.

Sher, K.J., Grekin, E.R., Williams, N.A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 493–523.

Slutske, W.S., Hunt-Carter, E.E., Nabors-Oberg, R.E., Sher, K.J., Bucholz, K.K., Madden, P.A.F., Anokhin, A., Heath, A.C. (2004). Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 113,* 530–540.

Spada, M.M., Caselli, G., Nikčević, A.V., Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. *Addictive Behaviors, 44,* 9–15.

Spada, M.M., Wells, A. (2006). Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13,* 138–143.

Stappenbeck, C.A., Bedard-Gilligan, M., Lee, C.M., Kaysen, D. (2013). Drinking motives for self and others predict alcohol use and consequences among college women: The moderating effects of PTSD. *Addictive Behaviors, 38,* 1831–1839.

Tuithof, M., Have ten, M., Brink van den, W., Vollebergh, W., Graaf de, R. (2013). Pre dicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: A prospective general population study. *Addiction, 108,* 2091–2099.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.* Chichester: Wiley.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford Press.

WHO (2014). *Global status report on alcohol and health.* Geneva: World Health Organization.

Windle, M., Davies, P.T. (1999). Developmental theory and research. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Psychological theories of drinking and alcoholism (wyd. 2; s. 164–202).* London: Guilford Press.

Winograd, R.P., Sher, K.J. (2015). *Binge drinking and alcohol misuse among college students and young adults.* Boston: Hogrefe Publishing.

Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia.* Warszawa: Wydawnictwo Media Rodzina.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych

Moje pozostałe osiągnięcia naukowe są związane z trzema głównymi obszarami. Pierwszy z nich obejmuje badania nad rozpowszechnieniem i następstwami niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i w ciągu całego życia. Drugi podejmowany przeze mnie obszar badań odnosi się do obszaru relacji pomiędzy temperamentem, dysfunkcjonalnym metapoznaniem i lękiem. Trzecia grupa publikacji dotyczy badań poświęconych analizie własności psychometrycznych narzędzi adaptowanych do warunków polskich.

5.1. Rozpowszechnienie i następstwa niekorzystnych doświadczeń

Obszar dotyczący rozpowszechnienia i następstw niekorzystnych doświadczeń jest kluczowy w podejmowanych przeze mnie analizach. Badania z tego zakresu wpłynęły na moje zainteresowanie specyficznymi czynnikami ryzyka picia problemowego kobiet, którym poświęcona jest monografia stanowiąca moje główne osiągnięcie naukowe.

Wyniki pierwszych badań z tego obszaru opublikowałam wraz z prof. Mają Lis-Turlejską jeszcze w 2002 roku (*Polish Psychological Bulletin*), a następnych w dwóch publikacjach w roku 2007 (*Journal of Traumatic Stress* i *Addictive Behaviors*). Dotyczyły one rozpowszechnienia i następstw (przede wszystkim objawów pourazowych) doświadczeń traumatycznych w grupach osób uzależnionych od alkoholu (tylko kobiet oraz kobiet i mężczyzn), będących w trakcie terapii uzależnienia. Owocem przeprowadzonych wówczas analiz była także opublikowana przeze mnie w roku 2008 monografia naukowa pt. *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*. Zaprezentowałam w niej przegląd badań nad współwystępowaniem doświadczeń traumatycznych, zaburzeń pourazowych i związanych z używaniem alkoholu oraz omówiłam ich kontekst teoretyczny. W badaniach, które objęły dużą grupę pacjentów uzależnionych od alkoholu (> 500) wykazałam, że wielu spośród nich ma za sobą nie tylko pojedyncze doświadczenia traumy, ale również te o charakterze wielokrotnym lub złożonym. Ponadto nawet ¼ z nich może cierpieć z powodu zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD), a wiele objawów składających się na obraz kliniczny uzależnienia jest w ich przypadku bardziej nasilonych. Wykazałam także znaczące

różnice w obszarze następstw doświadczeń traumatycznych w zależności od ich rodzaju oraz różnice pomiędzy płciami w zakresie rozpowszechnienia niektórych rodzajów doświadczeń traumatycznych oraz ich następstw (w szczególności w odniesieniu do traumy seksualnej).

Kolejna seria analiz w ramach wskazanego obszaru pochodzi z badań porównawczych, które prowadziłam wraz z prof. Jochenem Hardtem z Uniwersytetu w Moguncji i współpracownikami w Polsce i Niemczech. Ich rezultaty zostały opublikowane w kilku artykułach w języku angielskim (we wskazanej monografii do badań tych odwołują się analizy opisane jako badanie uzupełniające). Badania te obejmowały zagadnienie skali występowania niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa w obu krajach oraz ich konsekwencji (*Journal of Public Health* - Comparison of childhood adversities and their possible consequences in Poland and Germany), w tym nadużywania alkoholu (*Addictive Behaviors* – Childhood adversities and risk for problematic alcohol use). W ramach przeprowadzonych badań podejmowałam także kwestie rozpowszechnienia i następstw niekorzystnych doświadczeń, które są stosunkowo rzadziej podejmowane w literaturze przedmiotu, takich jak zaniedbywanie (*Psychopathology* – Childhood neglect: exploring a short questionnaire in Poland and Germany) oraz różne wymiary subiektywnej oceny relacji z matką i ojcem (miłość, odwrócenie ról, ambicja, kontrola) (*Psychology* – Parent-child relationships in Poland and Germany: A retrospective study). W badaniach tych wykazaliśmy, że pomiędzy sąsiedzkimi krajami o trudnej historii, jakimi są Polska i Niemcy, istnieją pewne podobieństwa, ale i różnice jeśli chodzi o aktualne rozpowszechnienie niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa oraz występowanie objawów zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych, które z tymi doświadczeniami można wiązać. Przykładowo wykazaliśmy, że badani Niemcy istotnie statystycznie częściej niż Polacy relacjonowali, że doświadczyli przemocy fizycznej i seksualnej w dzieciństwie oraz że ich rodzice, zwłaszcza matki, cierpieli z powodu zaburzeń psychicznych. Zgłaszali oni także znacznie częściej myśli i zamiary samobójcze. Z kolei nie zaobserwowaliśmy różnic pomiędzy krajami w zakresie występowania problemów alkoholowych.

W uzupełnieniu opisanych prac o charakterze empirycznym, warto nadmienić o kilku pracach o charakterze przeglądowym, w których analizowałem aktualnie istniejący stan wiedzy z zakresu następstw niekorzystnych doświadczeń. Pierwszą z nich była praca, która ukazała się w 2006 roku na łamach czasopisma *Psychologia-Etologia-Genetyka* i dotyczyła ryzyka nadużywania substancji psychoaktywnych po doświadczeniach przemocy w dzieciństwie opisywanego z perspektywy traumatologii rozwojowej (Przemoc w dzieciństwie a ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych w okresie adolescencji i dorosłości z perspektywy

traumatologii rozwojowej). Druga z prac, opublikowana w roku 2007 w *Rocznikach Psychologicznych*, dotyczyła problematyki współwystępowania PTSD i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Trzecia praca to rozdział we współautorstwie z Jochenem Hardtem, który został opublikowany w roku 2009 w zbiorze pod redakcją Jana Strelaua, Bogdana Zawadzkiego i Magdaleny Kaczmarek pt. *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia*. Obejmował on omówienie badań nad konsekwencjami niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa (przede wszystkich pięciu wyróżnionych rodzajów takich doświadczeń) oraz najczęściej weryfikowanych empiryczne interwencji psychospołecznych stosowanych w celu zapobiegania negatywnym skutkom takich doświadczeń (Negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa i zapobieganie ich skutkom). Kolejna z prac dotyczyła współwystępowania uzależnienia od alkoholu i PTSD oraz ryzyka samobójczego w przypadku tego typu podwójnej diagnozy. Została ona opublikowana w języku angielskim w zbiorze pt. *Suicidal behavior in alcohol and drug abuse and dependence* pod redakcją Leo Shera i Alexa Vilensa. Kolejna z prac dotyczyła zagadnienia psychoterapii osób po traumie złożonej i została opublikowana w 2010 roku w jednym z tomów zbioru *Psychoterapia. Podręcznik akademicki* pod redakcją Lidii Grzesiuk i Huberta Suszka. W rozdziale tym wskazywałam m.in. na główne cele i założenia, które powinny być brane pod uwagę terapii osób po takich doświadczeniach oraz odniosłam się do kwestii badań nad jej skutecznością. Natomiast w rozdziale opublikowanym w 2011 roku w zbiorze pt. *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny* pod redakcją Małgorzaty Święcickiej wraz z Jochenem Hardtem i Katarzyną Schier dokonaliśmy omówienia problematyki retrospektywnej oceny niekorzystnych doświadczeń z okresu dzieciństwa (Retrospektywna ocena dziecięcych doświadczeń osób dorosłych. Aspekty teoretyczne i metodologiczne).

5.2. Temperament, dysfunkcjonalne metapoznanie i lęk

Drugi z podejmowanych przeze mnie obszarów badań dotyczy związków między cechami temperamentu (w ujęciu Regulacyjnej Teorii Temperamentu Jana Strelaua), dysfunkcjonalnym metapoznaniem i bieżącym nasileniem lęku. Związki te zostały opisane w dwóch pracach mojego współautorstwa. W obu z nich głównym postulatem był ten dotyczący znaczenia uwarunkowań temperamentalnych w procesie kształtowania się dysfunkcjonalnego metapoznania. A mianowicie, proponowaliśmy, że metapoznanie o charakterze dysfunkcjonalnym – w świetle podejścia metapoznawczego odpowiedzialne za utrzymywanie

się przedłużonego, negatywnego myślenia i objawy zaburzeń psychicznych – kształtuje się na bazie cech o charakterze wrodzonym (temperamentalnych). W pierwszej z prac, opublikowanej w *Anxiety, Stress and Coping* razem z Wojciechem Draganem, Tadeuszem Kononowiczem i Adrianem Wellsem (On the relationship between temperament, metacognition and anxiety: Independent and mediated effects) ukazaliśmy rolę czynników metapoznawczych jako mediatora relacji między cechami temperamentu wyróżnionymi w RTT a stanem lęku. Rola czynników metapoznawczych została ukazana dla reaktywności emocjonalnej, perseweratywności i żwawości. Związki te zostały zidentyfikowane na grupie osób z populacji ogólnej. W drugiej pracy, napisanej z Wojciechem Draganem (opublikowana w *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* - Temperament and anxiety: the mediating role of metacognition) testowaliśmy rolę metapoznania jako mediatora związku temperament – lęk w grupie osób z diagnozą zaburzeń lękowych, będących w trakcie leczenia. Analizy potwierdziły wcześniejsze rezultaty, ukazując jednocześnie ważne różnice międzypłciowe.

W uzupełnieniu opisanych w tym punkcie prac o charakterze empirycznym, warto nadmienić o pracy o charakterze przeglądowym, w której opisałam główne założenia teoretyczne leżące u podstaw podejścia metapoznawczego w psychoterapii, a także rezultaty wstępnych badań nad jego skutecznością i przykładowe techniki. Rozdział ten pt. Terapia metapoznawcza został opublikowany w 2011 roku jednym z tomów zbioru *Psychoterapia. Podręcznik akademicki* pod redakcją Lidii Grzesiuk i Huberta Suszka. Jest to pierwsza praca na temat nurtu metapoznawczego w psychoterapii w języku polskim.

5.3. Prace z zakresu psychometrii

Opisane przeze mnie powyżej główne wątki w podejmowanych przeze mnie analizach dotyczyły obszarów dosyć rzadko bądź w ogóle nieporuszanych w polskojęzycznej literaturze psychologicznej. Realizowanie tych badań wymagało zatem przeprowadzenia prac dotyczących adaptacji do warunków polskich niezbędnych narzędzi psychometrycznych. Wyniki części badań tego typu zostały przedstawione przeze mnie we wskazanej monografii – opisałam w niej analizy psychometryczne dotyczące Skali Trudności w Regulacji Emocji (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS) autorstwa Gratz i Roemer (2004), a także część analiz dotyczących skróconej wersji Kwestionariusza Dzieciństwa (*Childhood Questionnaire*; Hardt, Egle i Engfer, 2003) i dwóch skal do pomiaru dysfunkcjonalnych treści metapoznawczych na temat alkoholu – Skali Pozytywnych Treści Metapoznawczych na temat

Alkoholu (*Positive Alcohol Metacognitions Scale*, PAMS) i Skali Negatywnych Treści Metapoznawczych na temat Alkoholu (*Negative Alcohol Metacognitions Scale*, NAMS) (autorami obu są Spada i Wells, 2006).

Jednym z kwestionariuszy, w którego adaptacji uczestniczyłam, jest *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS), narzędzie używane do diagnozy PTSD. Praca opisująca jego własności psychometryczne ukazała się w *European Journal of Psychotraumatology*, czasopiśmie wydawanym pod patronatem Europejskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (The validation of the Polish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale and its factor structure; współautorzy – Maja Lis-Turlejska, Agnieszka Popiel, Szymon Szumiał i Wojciech Dragan). Ponadto uczestniczyłem w adaptacji *Metacognitions Questionnaire – 30* (MCQ-30), narzędzia służącego do pomiaru dysfunkcjonalnych treści metapoznawczych. Praca opisująca własności psychometryczne polskiej wersji MCQ-30 została opublikowana w *Psychiatrii Polskiej* (Właściwości psychometryczne polskiej wersji The Metacognitions Questionnaire-30; praca we współautorstwie z Wojciechem Draganem). Kolejne narzędzia, w których adaptacji brałam udział, to dwie listy symptomów zaburzeń psychicznych – SCL-27 (praca opublikowana w 2011 roku, napisana wraz z Jochenem Hardtem i Berndem Kappisem: A short screening instrument for mental health problems: The Symptom Checklist-27 in Poland and Germany; *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*) oraz SCL-27-plus (praca opublikowana w 2014 roku, napisana wraz z Dariuszem Kuncewiczem i Jochenem Hardtem: Walidacja polskiej wersji kwestionariusza The Symptom Checklist-27-plus; *Psychiatria Polska*). Uczestniczyłam także w adaptacji kwestionariusza do pomiaru doświadczeń zaniedbywania i przemocy emocjonalnej w dzieciństwie, która została opisana we wspomnianej wcześniej pracy z roku 2014 (w współautorstwie z Tamarą Brian, Katarzyną Schier, Sonią Schultz i Jochenem Hardtem; *Psychopathology*). Ponadto w roku 2005 uczestniczyłam w analizach psychometrycznych dotyczących Inwentarza Pourazowych Treści Poznawczych (artykuł we współautorstwie ze Stanisławem Wójtowiczem i Magdaleną Gulcz: Adaptacja *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI): raport ze wstępnego badania walidacyjnego inwentarza pourazowych treści poznawczych; *Przegląd Psychologiczny*). W roku 2012 brałam także udział w analizach dotyczących Kwestionariusza Duchowości (The Spirituality Questionnaire: Core dimensions of spirituality; *Psychology*; we współpracy z Hardtem, Schultz, Xander i Beckerem).

5.4. Pozostałe badania

Wśród innych badań, w których uczestniczyłam, znajduje się to o charakterze jakościowym, poświęcone analizie spisanych w Muzeum Powstania Warszawskiego wspomnień dotyczących uczestnictwa w Powstaniu Warszawskim. Praca (we współautorstwie z Wojciechem Draganem) opisująca tę analizę ukazała się w anglojęzycznym zbiorze pod redakcją Steinerta i Weber-Newth w roku 2008 (The memory of Rising'44: An analysis of the insurgents' recollections). Uczestniczyłam także w pracach zespołu prof. Hanny Ulatowskiej (University of Texas, Uniwersytet Warszawski), analizującego relacje byłych więźniów niemieckiego nazistowskiego obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Owocem tej współpracy jest praca w anglojęzycznym zbiorze pod redakcją Steinerta i Weber-Newth, we współautorstwie z Hanną Ulatowską, Danutą Kądzielawą i Marią Sadowską (Mental representations of Auschwitz experiences: The perspective of child and adult survivors) (wydanie: 2005 rok).

Kolejna grupa analiz, w których uczestniczyłam, dotyczy identyfikowania podatności genetycznej związanej z ryzykiem PTSD i picia problemowego. Ich owocem jest jak dotychczas jedna praca, znajdująca się w recenzji, napisana wraz z Wojciechem Draganem, Piotrem Czerskim i Wojciechem Domozychem (*BioMed Research International* – PAC1 receptor (*ADCYAP1R1*) genotype and problematic alcohol use in a sample of young women). Wykazaliśmy w niej różnice pomiędzy kobietami będącymi nosicielkami różnych wariantów genu *ADCYAP1R1* (*PAC1*) w zakresie picia problemowego. Ponadto niektóre z analiz z tego obszaru zostały także zaprezentowane jako uzupełniające we wskazanej przeze mnie monografii, stanowiącej główne dokonanie naukowe. Wspomniałam w niej m.in. o efekcie interakcji pomiędzy występowaniem negatywnych doświadczeń w dzieciństwie i zmiennością w genie *FKBP5* w odniesieniu do nasilenia symptomów picia problemowego.

Na marginesie moich zainteresowań znajdują się prace na temat podejścia poznawczo-behawioralnego w psychoterapii (np. rozdział opublikowany w roku 2007 w tomie *Psychoterapia. Podręcznik akademicki. Badania i szkolenie* pod redakcją Lidii Grzesiuk, napisany we współautorstwie z Magdaleną Gulcz i Mają Lis-Turlejską, pt. Szkolenie w psychoterapii z punktu widzenia podejścia poznawczo-behawioralnego).

Małgorzata Rogan