

## Organizacja osobowości, doświadczenia urazowe z dzieciństwa a używanie alkoholu w grupie nieklinicznej

### Personality organisation, traumatic childhood experiences, and alcohol use in a non-clinical group

Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz, Polska

Adres do korespondencji: Ewa Wojtynkiewicz, Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com

Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland

Correspondence: Ewa Wojtynkiewicz, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, Poland, e-mail: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com

#### ORCID iD

Ewa Wojtynkiewicz <https://orcid.org/0000-0002-5419-8695>

#### Streszczenie

**Wprowadzenie i cel:** W koncepcjach psychodynamicznych zakłada się, że wczesne doświadczenia w relacji z bliskimi osobami mają wpływ na zdrowie psychiczne. Również model organizacji osobowości Ottona F. Kernberga zakłada, że struktura osobowości jest zależna od relacji z obiektami, a adaptacyjność poszczególnych wymiarów organizacji osobowości będzie zależać m.in. od jakości opieki we wczesnym dzieciństwie. W ostatnich latach coraz większą popularność zyskuje hipoteza samoleczenia, zgodnie z którą używanie alkoholu ma charakter wtórny wobec trudności osobowościowych. Celem badań prezentowanych w artykule było sprawdzenie wzajemnych związków między wymiarami organizacji osobowości, doświadczeniami urazowymi z dzieciństwa i używaniem alkoholu. **Materiał i metody:** W badaniu udział wzięło 148 osób, w tym 85 kobiet i 63 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła  $M = 32,61$  roku (odchylenie standardowe, *standard deviation*,  $SD = 9,29$ ). Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Inwentarz Organizacji Osobowości (Inventory of Personality Organization, IPO) Clarkina i wsp. w adaptacji Agnieszki Izdebskiej i Beaty Pastwy-Wojciechowskiej, Kwestionariusz Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-58) autorstwa Rafała Styły i Oksany Makoveychuk oraz Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (AUDIT) opublikowany przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. **Wyniki:** Wyniki wskazują na dodatnie niskie lub umiarkowane korelacje między wszystkimi wymiarami osobowości a nasileniem różnorodnych niekorzystnych doświadczeń. Większe nieprawidłowości w zakresie wszystkich wymiarów organizacji osobowości wiążą się zaś ze zwiększonym używaniem alkoholu. Ponadto wraz z nasileniem się takich doświadczeń urazowych, jak znęcanie się fizyczne, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne oraz niestabilność otoczenia, wzrasta również tendencja do używania alkoholu. Wyodrębniono trzy skupienia osób cechujące się różną konfiguracją badanych zmiennych. **Wnioski:** Badania potwierdzają wskazywane w literaturze powiązania między organizacją osobowości, doświadczeniami urazowymi z dzieciństwa a używaniem alkoholu, skłaniając w ten sposób do refleksji nad używaniem alkoholu jako formą samoleczenia.

**Słowa kluczowe:** organizacja osobowości, trauma relacyjna, używanie alkoholu

#### Abstract

**Introduction and objective:** Psychodynamic concepts assume that early experiences in relationships with close family members influence mental health. Kernberg's model of personality organisation also assumes that the structure of personality depends on object relations, and the adaptability of individual dimensions of personality organisation will depend on, among others, quality of care in early childhood. In recent years, the self-medication hypothesis has become increasingly popular, arguing that alcohol use is secondary to personality difficulties. The research presented in the article aimed to assess the relationships between dimensions of personality organisation, traumatic childhood experiences, and alcohol use. **Materials and methods:** The sample consisted of 148 Polish adults, including 85 women and 63 men. The mean age was  $M = 32.61$  (standard deviation,  $SD = 9.29$ ). The Inventory of Personality Organization, the Childhood Experience Questionnaire (CEQ-58), and the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) were used. **Results:** The results indicate positive low to moderate correlations between all personality dimensions and the severity of various adverse experiences. Alcohol use also increases with greater disturbances across all dimensions of personality organisation. Moreover, as traumatic experiences such as physical abuse, physical and emotional neglect, and environmental instability increase, the tendency to use alcohol also increases. Three clusters of individuals with different configurations of the investigated variables were also identified.

**Conclusions:** The research has confirmed the relationships between personality organisation, traumatic childhood experiences, and alcohol use reported in the literature, thus prompting reflection on the use of alcohol as a form of self-medication.

**Keywords:** personality organisation, relational trauma, alcohol use

## WSTĘP

Doświadczenia przemocy, zaniedbania czy maltretowania dzieci, a także związana z nimi traumę relacyjną uznaje się za problem globalny i – mimo trudności związanych z dokładnym oszacowaniem jego skali – występujący we wszystkich krajach, niezależnie od poziomu dochodów (Draczyńska, 2023). W Stanach Zjednoczonych wskazuje się, że wśród ponad 3 milionów zgłoszeń dotyczących maltretowania dzieci (co stanowi ponad 4% amerykańskiej populacji) w przypadku 76,1% dzieci stwierdzono zaniedbanie, u 6,5% maltretowanie fizyczne, a w przypadku 9,4% doświadczenie przemocy seksualnej (U.S. Department of Health & Human Services *et al.*, 2022). Badania realizowane w Polsce (Włodarczyk *et al.*, 2018) wskazują z kolei, że przemocy ze strony bliskich doświadczyło 41% młodych ludzi, w tym 33% przemocy fizycznej, a 20% – psychicznej. W grupie nastolatków w wieku 11–17 lat 72% doświadczyło w swoim życiu co najmniej jednej z takich kategorii krzywdzenia, jak: przemoc ze strony bliskich dorosłych, zaniedbanie fizyczne, przemoc rówieśnicza, wykorzystanie seksualne, obciążające doświadczenia seksualne czy bycie świadkiem przemocy domowej (Włodarczyk *et al.*, 2018).

Współcześnie uważa się, że uraz pochodzenia interpersonalnego, do jakiego doszło w dzieciństwie, może mieć większe znaczenie dla powstawania psychopatologii niż czynniki genetyczne czy społeczne (Schore, 2009). Doświadczenie urazu relacyjnego w okresie dzieciństwa ma znaczący negatywny wpływ na rozwój psychospołeczny i osobowości, w tym również organizacji osobowości (Caligor i Clarkin, 2010; Martin-Gagnon *et al.*, 2023). Doświadczenie przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej, opuszczenia i innych niekorzystnych wydarzeń powoduje szkodliwe skutki dla behawioralnych, emocjonalnych, poznawczych i fizjologicznych systemów regulacyjnych w ciągu całego życia (Hicks *et al.*, 2009; Oshri *et al.*, 2013). Nieprawidłowo funkcjonujące systemy regulacyjne stanowią z kolei poważne zagrożenie dla rozwoju adaptacyjnej (organizacji) osobowości (Oshri *et al.*, 2013).

Organizacja osobowości, jeden z najbardziej wpływowych konstruktów we współczesnych teoriach psychodynamicznych (Fuchshuber *et al.*, 2018), opracowany przez Ottona F. Kernberga (2018; Caligor *et al.*, 2007), definiowana jest jako względnie trwałe wzorce funkcjonowania, który zapewnia utrzymanie wewnętrznej równowagi i relacji z innymi (Caligor i Clarkin, 2010). Wyróżnia się trzy poziomy organizacji osobowości: neurotyczny oraz wyższy i niższy

borderline, które klasyfikuje się na podstawie właściwości najważniejszych struktur wyższego rzędu i procesów psychicznych: (i) tożsamości, (ii) charakteru relacji z obiektem, (iii) mechanizmów obronnych, (iv) badania rzeczywistości, oraz (v) funkcjonowania moralnego. Poziom organizacji osobowości borderline postrzegany jest jako czynnik ryzyka dla rozwoju m.in. uzależnienia od alkoholu (*alcohol use disorder*, AUD\*) i innych substancji (Di Pierro *et al.*, 2014; Hiebler-Ragger *et al.*, 2016; Unterrainer *et al.*, 2016). U osób z AUD można zaobserwować dyfuzję tożsamości, charakterystyczną dla organizacji osobowości borderline, oraz niezdolność do nawiązania i utrzymania stabilnych relacji intymnych (Wojtynkiewicz, 2018). U osób tych zaburzone może być również testowanie rzeczywistości (Hiebler-Ragger *et al.*, 2016), a specyficzną cechą osób z AUD jest stosowanie mechanizmów obronnych oparte na rozszczepieniu (Raketic *et al.*, 2009; Ribadier *et al.*, 2016). W związku z tym AUD jest rozumiane jako próba kompensacji deficytów osobowościowych i regulowania emocji, zgodnie z szeroko opisywaną w literaturze przedmiotu hipotezą samoleczenia (Fuchshuber *et al.*, 2018; Khantzian, 2018).

Badacze wskazują też na silne związki między poszczególnymi doświadczeniami urazowymi z dzieciństwa a używaniem i nadużywaniem alkoholu w dorosłości (Holl *et al.*, 2017; Wardell *et al.*, 2016), podkreślając, że często poprzedzają one rozwój AUD (Cross *et al.*, 2015; Schindler, 2019). Rezultaty badań wiążą historię nadużycia seksualnego, fizycznego i emocjonalnego w dzieciństwie z wczesną inicjacją alkoholową, większym spożywaniem alkoholu, ciężkimi epizodami picia oraz rozwojem AUD w dorosłości (Dutcher *et al.*, 2017; Eames *et al.*, 2014; Lotzin *et al.*, 2016). Wśród osób dorosłych poszukujących leczenia zaobserwowano też, że nadużycie i zaniedbanie w dzieciństwie stanowią silny predyktor nasilenia AUD (Potthast *et al.*, 2014), jak również wiążą się z bardziej szkodliwym używaniem alkoholu i gorszymi wynikami leczenia AUD (Greenfield *et al.*, 2002; Lotzin *et al.*, 2016; MacMillan *et al.*, 2001). Do prób konceptualizacji wysokich wskaźników współwystępowania doświadczeń urazowych w dzieciństwie i AUD znaczna część badań także wykorzystuje model samoleczenia (Berenz *et al.*, 2017; Dutcher *et al.*, 2017; Ertl *et al.*, 2016). Maltretowanie w dzieciństwie może prowadzić do używania alkoholu w celu uniknięcia lub zredukowania silnych

\* Autorka używa określenia AUD zarówno w odniesieniu do „uzależnienia od alkoholu” (International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> revision, ICD-10), jak i „zaburzenia używania alkoholu” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition, DSM-5).

negatywnych stanów u osób, które – z powodu wysokiego prawdopodobieństwa trudności przywiązaniowych i mentalizacyjnych wynikających z nadużycia i zaniedbania oraz większych nieprawidłowości w strukturze osobowości – nie posiadają adaptacyjnych sposobów regulacji emocji (Khantzian, 1997; Wolff *et al.*, 2016).

Celem badań była próba weryfikacji założeń dotyczących istnienia wzajemnych związków między wymiarami organizacji osobowości, doświadczaniem różnego rodzaju niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie i (nad)używaniem alkoholu. Ponadto postanowiono sprawdzić, czy wśród osób badanych można wyróżnić grupy charakteryzujące się określoną konfiguracją zmiennych.

## MATERIAŁ I METODA

W badaniu udział wzięło 148 osób, w tym 85 kobiet i 63 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła  $M = 32,61$  roku (odchylenie standardowe, *standard deviation*,  $SD = 9,29$ ). Na prowadzenie badań uzyskano zgodę uczelnianej Komisji Etyki. W badaniu wzięły udział osoby, które dobrowolnie wyraziły chęć uczestniczenia. W tab. 1 zamieszczono dane o wieku, stanie cywilnym i wykształceniu osób badanych, z podziałem na płeć, jak również dane dotyczące występowania w rodzinach pochodzenia choroby psychicznej oraz podejmowanej terapii własnej.

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- 1. Inwentarz Organizacji Osobowości (Inventory of Personality Organization, IPO)** Clarkina i wsp. (2001) w polskiej adaptacji Agnieszki Izdebskiej i Beaty Pastry-Wojciechowskiej (2013), składający się z 83 stwierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się według 5-stopniowej skali Likerta (1 – nigdy, 5 – zawsze). Zawiera trzy główne skale kliniczne, które umożliwiają określenie poziomu takich wymiarów organizacji osobowości, jak stopień integracji tożsamości, dominujące mechanizmy obronne i zdolność do testowania rzeczywistości. Dwie skale dodatkowe służą określeniu poziomu natężenia agresji oraz wartości moralnych. W badaniach własnych wartość  $\alpha$  Cronbacha wyniosła 0,96 dla całego kwestionariusza, natomiast dla poszczególnych skal – 0,82–0,91.
- 2. Kwestionariusz Doświadczeń z Dzieciństwa (KDD-58)** autorstwa Rafała Styły i Oksany Makoveychuk (2018), zawierający 58 itemów, do których osoba badana ustosunkowuje się według pięciostopniowej skali Likerta (1 – nigdy, 5 – prawie zawsze). Kwestionariusz obejmuje siedem podskal dotyczących siedmiu różnych rodzajów doświadczeń urazowych: (i) znęcanie się fizyczne, (ii) znęcanie się psychiczne, (iii) zaniedbanie fizyczne, (iv) zaniedbanie emocjonalne, (v) molestowanie seksualne, (vi) niestabilność otoczenia i (vii) złe doświadczenia z rówieśnikami. Współczynniki  $\alpha$  Cronbacha dla

Zmienna	Kobiety ( $n = 85$ )	Mężczyźni ( $n = 63$ )	Ogółem ( $N = 148$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)
Wiek [lata] – $M$ ( $SD$ )	29,96 (8,43)	36,17 (9,33)	32,61 (9,32)
<b>Stan cywilny – <math>n</math> (%)</b>			
Wolny/a	21 (24,71)	20 (31,75)	41 (27,70)
W związku nieformalnym	38 (44,70)	21 (33,33)	59 (39,86)
W związku małżeńskim	17 (20,00)	21 (33,33)	38 (25,67)
Rozwód	9 (10,59)	1 (1,59)	10 (6,77)
<b>Wykształcenie – <math>n</math> (%)</b>			
Podstawowe	4 (4,70)	2 (3,17)	6 (4,05)
Zawodowe	1 (1,18)	3 (4,76)	4 (2,70)
Średnie	32 (37,65)	26 (41,27)	58 (39,19)
Wyższe	46 (54,12)	29 (46,04)	75 (50,68)
Brak danych	2 (2,35)	3 (4,76)	5 (3,38)
<b>Miejsce zamieszkania – <math>n</math> (%)</b>			
Wieś	4 (4,71)	4 (6,35)	8 (5,40)
Miasto małe (poniżej 20 tys.)	20 (23,53)	17 (26,98)	37 (25,00)
Miasto średnie (od 20 do 100 tys.)	18 (21,18)	11 (17,46)	29 (19,60)
Miasto duże (powyżej 100 tys.)	43 (50,58)	31 (49,21)	74 (50,00)
<b>Choroba psychiczna w rodzinie pochodzenia – <math>n</math> (%)</b>			
Tak	32 (37,65)	13 (20,64)	45 (30,41)
Nie	53 (62,35)	50 (79,36)	103 (69,59)
<b>Terapia własna – <math>n</math> (%)</b>			
Tak	32 (37,65)	9 (14,29)	41 (27,70)
Nie	53 (62,35)	54 (85,71)	107 (72,30)

$M$  – mean, średnia;  $SD$  – standard deviation, odchylenie standardowe.

Tab. 1. Statystyki i parametry opisowe grupy osób badanych

Zmienna	M (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. IT	49,64 (14,82)	r/r	r/r	r/r	r/r	r/r	r/r	R	R	R	R	R	R	R	R	R
2. MO	36,53 (9,04)	0,78***	0,63***	0,63***	0,66***	0,66***	0,89***	0,05	0,37***	0,27**	0,27***	0,19*	0,06	0,40***	0,36***	0,26**
3. TR	35,93 (12,18)	0,63***	0,62***	0,68***	0,67***	0,63***	0,84***	0,07	0,34***	0,25**	0,22**	0,15	0,12	0,33***	0,33***	0,25**
4. NA	28,70 (9,35)	0,63***	0,62***	0,68***	0,69***	0,63***	0,85***	0,08	0,38***	0,33***	0,33***	0,25**	0,26**	0,34***	0,37***	0,32***
5. WM	24,52 (7,24)	0,66***	0,67***	0,63***	0,69***	0,63***	0,83***	0,14	0,29***	0,32**	0,17*	0,26**	0,09	0,26**	0,28***	0,37***
6. IPO	175,31 (44,33)	0,89***	0,84***	0,85***	0,81***	0,83***	—	0,14	0,42***	0,34***	0,24**	0,26**	0,18*	0,42***	0,41***	0,34***
7. ZnF	12,93 (4,71)	0,05	0,07	0,08	0,21**	0,14	0,14	—	0,36***	0,33***	0,20*	0,12	0,21**	0,17*	0,44***	0,22**
8. ZnP	13,63 (6,02)	0,37***	0,34***	0,38***	0,43***	0,29***	0,42***	0,36***	—	0,58***	0,67***	0,27***	0,39***	0,48***	0,83***	0,12
9. ZaF	14,48 (5,00)	0,27**	0,25**	0,33***	0,37***	0,32***	0,34***	0,33***	0,58***	—	0,62***	0,40***	0,41***	0,45***	0,79***	0,23**
10. ZaE	20,88 (7,82)	0,27***	0,22**	0,17*	0,27***	0,17*	0,24**	0,20*	0,67***	0,62***	—	0,12	0,35***	0,47***	0,82	0,18*
11. MS	9,95 (2,60)	0,19*	0,15	0,25**	0,26**	0,26**	0,26**	0,12	0,27***	0,40***	0,12	—	0,27***	0,21**	0,35***	0,14
12. NO	15,48 (5,34)	0,06	0,12	0,26**	0,25**	0,09	0,18*	0,21**	0,39***	0,41***	0,35***	0,27***	—	0,13	0,58***	0,17*
13. ZDR	18,20 (6,16)	0,40***	0,33***	0,34***	0,42***	0,26**	0,42***	0,17*	0,48***	0,45***	0,47***	0,21**	0,13	—	0,67***	0,04
14. KDD	105,56 (26,30)	0,36***	0,33***	0,37***	0,45***	0,28***	0,41***	0,44***	0,83***	0,79***	0,82***	0,35***	0,58***	0,67***	—	0,19*
15. AUD	5,48 (4,94)	0,26**	0,25**	0,32	0,30***	0,37***	0,34***	0,22	0,12	0,23**	0,18*	0,14	0,17*	0,04	0,19*	—

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

**AUD** – alcohol use disorder, używanie alkoholu; **IPO** – wynik ogólny Inwentarza Organizacji Osobowości (Inventory of Personality Organization, IPO); **IT** – integracja tożsamości; **KDD** – wynik ogólny Kwestionariusza Doświadczeń z Dzieciństwa; **M** – mean, średnia; **MO** – mechanizmy obronne; **MS** – molestowanie seksualne; **NA** – natężenie agresji; **NO** – niestabilność otoczenia; **r** – współczynnik korelacji Pearsona; **R** – współczynnik korelacji Spearmana; **SD** – standard deviation, odchylenie standardowe; **TR** – testowanie rzeczywistości; **WM** – wartości moralne; **ZaE** – zaniedbanie emocjonalne; **ZaF** – zaniedbanie fizyczne; **ZDR** – złe doświadczenia z rówieśnikami; **ZnF** – zniechęcanie się psychiczne.

Tab. 2. Wyniki analizy korelacji między badanymi zmiennymi

powyższych podskal w badaniach własnych wyniosły 0,64–0,91, a dla całego kwestionariusza – 0,93.

**3. Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)**, opublikowany przez Państwową Agencję Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (b.d.), zawierający 10 pytań związanych z objawami uzależnienia według klasyfikacji ICD-10. Stosowanie testu AUDIT w badaniach przesiewowych jest rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia. Wynik powyżej 8 punktów interpretuje się jako wskaźnik picia ryzykownego, powyżej 16 – jako wskaźnik picia szkodliwego, a wynik powyżej 20 sugeruje występowanie uzależnienia od alkoholu. W badaniach własnych  $\alpha$  Cronbacha wyniosła 0,82.

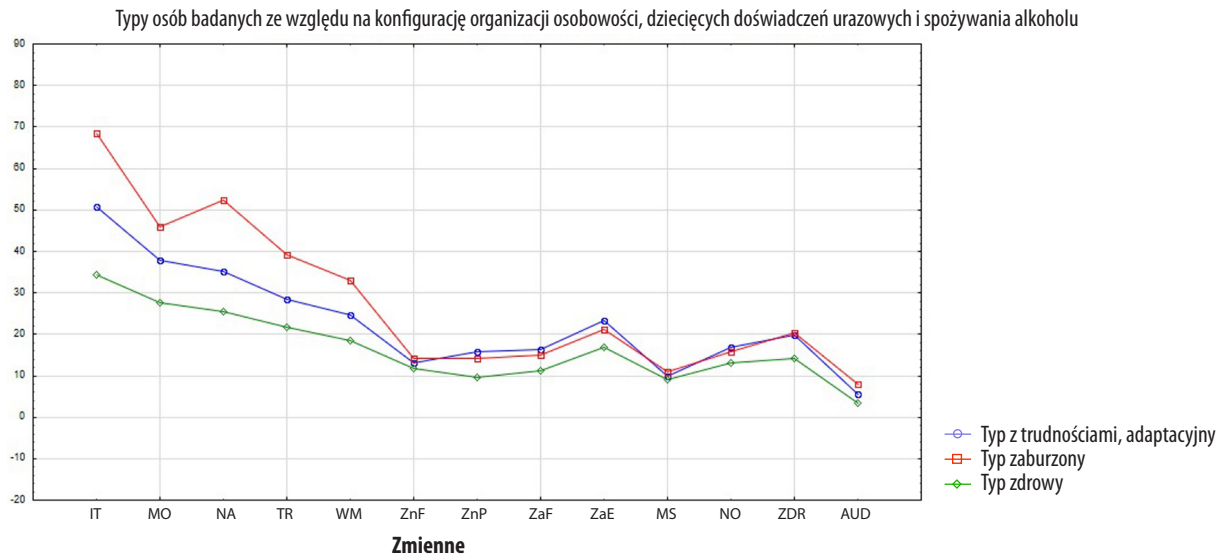
## WYNIKI

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu Statistica 13.3. W celu zbadania związków między wymiarami osobowości, doświadczeniami urazowymi z dzieciństwa i używaniem alkoholu zastosowano analizę korelacji  $r$  Pearsona lub  $R$  Spearmana (dla większości zmiennych z uwagi na brak rozkładów normalnych). W celu sprawdzenia, czy osoby badane grupują się w skupienia o określonej konfiguracji cech, zastosowano analizę skupień metodą  $k$ -średnich. W tab. 2 zaprezentowano wyniki analizy korelacji. Wszystkie wymiary organizacji osobowości korelują dodatnio i przeważnie umiarkowanie z różnymi typami niekorzystnych wydarzeń w okresie dzieciństwa, co oznacza, że większym nieprawidłowościom w zakresie organizacji osobowości towarzyszy doświadczanie większego natężenia przeżyć urazowych w dzieciństwie. Wyjątki stanowią tutaj zmienna zniechęcanie się fizyczne, która koreluje dodatnio i słabo wyłącznie z natężeniem agresji, oraz zmienna niestabilność otoczenia, która również dodatnio i słabo koreluje tylko z natężeniem agresji i zdolnością do testowania rzeczywistości. Ponadto wszystkie wymiary organizacji osobowości korelują dodatnio umiarkowanie lub nisko z poziomem używania alkoholu, co oznacza, że wraz ze wzrostem nasilenia trudności osobowościowych zwiększa się również spożywanie alkoholu. W przypadku doświadczeń urazowych w okresie dzieciństwa zanotowano – na poziomie korelacji niskiej – że im większe było nasilenie doświadczeń w zakresie zniechęcania się fizycznego, zaniedbania fizycznego i emocjonalnego oraz niestabilności otoczenia, tym większy jest poziom używania alkoholu.

Rezultaty przeprowadzonej analizy skupień przedstawia wykres ze średnimi na ryc. 1. W tab. 3 zaprezentowano natomiast średnie i odchylenia standardowe zmiennych, wyniki analizy wariancji wraz z siłą efektów i analizą efektów międzygrupowych dla poszczególnych skupień, w tab. 4 zaś liczebności wybranych cech społeczno-demograficznych dla poszczególnych skupień.

Analiza skupień wykazała, że wśród osób badanych można wyróżnić trzy grupy, różniące się zwłaszcza w obszarze wymiarów organizacji osobowości i poziomu spożywanego alkoholu:





Zmienne: **IT** – integracja tożsamości; **MO** – mechanizmy obronne; **NA** – natężenie agresji; **TR** – testowanie rzeczywistości; **WM** – wartości moralne; **ZnF** – znęcanie się fizyczne; **ZnP** – znęcanie się psychiczne; **ZaF** – zaniedbanie fizyczne; **ZaE** – zaniedbanie emocjonalne; **MS** – molestowanie seksualne; **NO** – niestabilność otoczenia; **ZDR** – złe doświadczenia z rówieśnikami; **AUD** – używanie alkoholu.

Ryc. 1. Wykres średnich dla trzech skupień w badanej grupie

- Skupienie „typ zdrowy” obejmuje osoby, które osiągają istotnie niższe wyniki w zakresie wymiarów organizacji osobowości oraz doświadczeń urazowych w dzieciństwie w porównaniu z osobami z dwóch pozostałych skupień, co oznacza brak/najmniejszą liczbę zakłóceń w funkcjonowaniu osobowościowym i występowanie doświadczeń urazowych w najmniejszym nasileniu. Również spożywanie alkoholu przez osoby z tego skupienia jest najmniejsze w stosunku do pozostałych grup, pozostając na poziomie bezpiecznym.
- Skupienie „typ zaburzony” obejmuje osoby z najwyższymi wynikami w zakresie organizacji osobowości, wskazującymi na trudności dotyczące integracji tożsamości, zdolności do testowania rzeczywistości, wartości moralnych, natężenia agresji oraz stosowania prymitywnych mechanizmów obronnych. W zakresie doświadczeń urazowych grupa ta znacząco różni się od „typu zdrowego”, osiągając wyniki wskazujące na większe natężenie niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie; nie różni się natomiast od kolejnego skupienia. Charakterystyczną cechą „typu zaburzonego”, odróżniającą go od dwóch pozostałych grup, jest spożywanie alkoholu na poziomie picia ryzykownego (tab. 3).
- Skupienie „typ z trudnościami, adaptacyjny” obejmuje osoby, które osiągają istotnie wyższe niż „typ zdrowy” i niższe niż „typ zaburzony” wyniki w zakresie wymiarów organizacji osobowości, prezentując – prawdopodobnie – pewne osobowościowe nieprawidłowości. W zakresie niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa prezentują ich wyższe nasilenie niż „typ zdrowy”, nie różnią się jednak od „typu zaburzonego”. W zakresie używania alkoholu osiągają wyniki istotnie wyższe niż „typ zdrowy” i niższe niż „typ zaburzony”, nie wykazując jednak cech picia ry-

zykownego. Co istotne, skupienie to obejmuje osoby, które najczęściej zgłaszały występowanie chorób psychicznych w rodzinie pochodzenia (53,33% w stosunku do 28,89% w skupieniu „typ zaburzony” oraz 17,79% w skupieniu „typ zdrowy”; tab. 4) i które najczęściej podejmowały lub aktualnie podejmują psychoterapię (53,66% w stosunku do 26,83% w skupieniu „typ zaburzony” oraz 19,51% w skupieniu „typ zdrowy”; tab. 4).

## OMÓWIENIE

W prezentowanych badaniach wykazano, zgodnie z założeniami teoretycznymi i przewidywanym kierunkiem zależności, że wraz ze zwiększającymi się nieprawidłowościami w strukturze osobowości oraz większą częstością występowania większości niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie zwiększa się używanie alkoholu przez badane osoby. Wyniki wskazują też, że większe nieprawidłowości w zakresie organizacji osobowości wiążą się z większą częstością niekorzystnych wydarzeń występujących w dzieciństwie. Ponadto rezultaty przedstawianych badań pozwalają wyróżnić wśród badanych osób takie, których organizacja osobowości wydaje się dojrzała („typ zdrowy”), co w profilu psychologicznym tych osób wiąże się z najmniejszą częstością występowania doświadczeń urazowych w dzieciństwie i spożywaniem alkoholu na poziomie bezpiecznym, oraz takie, których organizacja osobowości wydaje się zaburzona („typ zaburzony”), co z kolei wiąże się z większą częstością doświadczeń urazowych w dzieciństwie i spożywaniem alkoholu na poziomie ryzykownym.

Uzyskane rezultaty zdają się zatem potwierdzać podkreślane w literaturze wnioski, że doświadczanie urazów pochodzenia interpersonalnego – w przypadku niniejszych badań

Zmienna	Konfiguracja wymiarów organizacji osobowości, doświadczeń z dzieciństwa i używania alkoholu						F	$\eta^2$	p	Analiza efektów międzygrupowych skupień 1, 2, 3
	Skupienie 1 „Typ z trudnościami, adaptacyjny” n = 71		Skupienie 2 „Typ zaburzony” n = 32		Skupienie 3 „Typ zdrowy” n = 45					
	M	SD	M	SD	M	SD				
Tożsamość	50,70	7,82	68,62	10,77	34,47	7,42	154,68	0,68	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3
Mechanizmy obronne	37,96	5,62	45,84	7,94	27,64	5,58	84,72	0,54	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3
Testowanie rzeczywistości	35,20	7,98	52,34	9,62	25,40	4,35	121,34	0,63	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3
Natężenie agresji	28,32	6,80	39,31	10,08	21,73	3,86	59,64	0,45	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3
Wartości moralne	24,61	5,15	32,94	5,30	18,40	4,82	76,40	0,51	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3
Znęcanie się fizyczne	13,04	5,05	14,19	5,04	11,87	3,64	2,35	-	0,099	-
Znęcanie się psychiczne	15,82	6,62	14,31	4,96	9,71	3,22	17,68	0,20	<0,001	1 > 3; 2 > 3
Zaniedbanie fizyczne	16,34	5,43	14,94	4,56	11,22	2,30	17,98	0,20	<0,001	1 > 3; 2 > 3
Zaniedbanie emocjonalne	23,41	7,79	21,09	7,01	16,76	6,71	11,41	0,14	<0,001	1 > 3; 2 > 3
Molestowanie seksualne	10,00	2,76	10,94	3,48	9,18	0,75	4,53	0,06	0,012	2 > 3
Niestabilność otoczenia	16,89	5,45	15,75	5,72	13,07	3,94	7,76	0,10	0,001	1 > 3; 2 > 3
Złe doświadczenia z rówieśnikami	19,80	5,82	20,41	5,93	14,09	4,80	17,80	0,20	<0,001	1 > 3; 2 > 3
AUD	5,59	4,66	8,94	6,47	3,56	3,04	8,10	0,10	<0,001	1 < 2; 1 > 3; 2 > 3

$\eta^2$  – miara siły efektu; **AUD** – alcohol use disorder, używanie alkoholu; **F** – wartość testu analizy wariancji; **M** – mean, średnia; **p** – poziom istotności różnic; **SD** – standard deviation, odchylenie standardowe.

Tab. 3. Statystyki opisowe badanych zmiennych oraz wyniki analizy wariancji dla konfiguracji wymiarów organizacji osobowości, doświadczeń z dzieciństwa

Cecha	Skupienie 1 „Typ z trudnościami, adaptacyjny” n = 71		Skupienie 2 „Typ zaburzony” n = 32		Skupienie 3 „Typ zdrowy” n = 45	
	n	%	n	%	n	%
Płeć: kobiety	42	59,15	20	62,50	23	51,11
Płeć: mężczyźni	29	40,85	12	37,50	22	48,89
Wykształcenie: podstawowe	2	33,33	4	66,67	-	-
Wykształcenie: zawodowe	1	50,00	1	16,67	2	33,33
Wykształcenie: średnie	23	39,66	20	34,48	15	25,86
Wykształcenie: wyższe	41	54,67	6	8,00	28	37,33
Stan cywilny: brak związku	19	46,34	15	36,58	7	17,08
Stan cywilny: związek małżeński	13	34,21	2	5,26	23	60,53
Stan cywilny: związek nieformalny	32	54,24	15	25,42	12	20,34
Stan cywilny: rozwód	7	70	-	-	3	30
Miejsce zamieszkania: wieś	4	50	2	25	2	25
Miejsce zamieszkania: miasto małe	16	43,24	9	24,33	12	32,43
Miejsce zamieszkania: miasto średnie	18	62,07	4	13,79	7	24,14
Miejsce zamieszkania: miasto duże	33	44,58	17	22,97	24	32,45
Choroba psychiczna w rodzinie: nie	47	45,63	19	18,45	37	35,92
Choroba psychiczna w rodzinie: tak	24	53,33	13	28,88	8	17,79
Terapia własna: nie	49	45,79	21	19,63	37	34,58
Terapia własna: tak	22	53,66	11	26,83	8	19,51

Tab. 4. Liczebności wybranych cech społeczno-demograficznych dla poszczególnych skupień

przede wszystkim zęczenia się fizycznego, zaniedbania fizycznego i emocjonalnego oraz niestabilności otoczenia – może się wiązać z tworzeniem nieadaptacyjnego sposobu regulowania emocji w postaci (nad)używania alkoholu (Dutcher *et al.*, 2017; Khantzian, 1997; Wolff *et al.*, 2016). Dodatkowo znaczące związki między wszystkimi wymiarami organizacji osobowości i niemal wszystkimi rodzajami niekorzystnych wydarzeń doświadczanych w dzieciństwie oraz wszystkimi wymiarami organizacji osobowości i używaniem alkoholu wskazują, że dyfuzja tożsamości, stosowanie prymitywnych mechanizmów obronnych, zakłócenia w testowaniu rzeczywistości, większe natężenie agresji oraz niespójność w funkcjonowaniu moralnym stanowią o słabszej konstrukcji psychicznej, w przypadku której rozwinięcie adaptacyjnych czy elastycznych sposobów regulacji emocji staje się niemożliwe i/lub niedostępne. W tym miejscu warto również nawiązać do profilu psychologicznego osób reprezentujących „typ z trudnościami, adaptacyjny”, u których organizacja osobowości wykazuje nieprawidłowości większe niż u „typu zdrowego” i mniejsze niż u „typu zaburzonego”. Pod względem częstości występowania niekorzystnych wydarzeń w okresie dzieciństwa osoby te jednak nie różnią się od osób z „typu zaburzonego”, ale – co ciekawe – spożywanie przez nie alkoholu pozostaje na bezpiecznym poziomie. W grupie tej odnotowano największy odsetek osób podejmujących terapię własną, co skłania do przypuszczenia, że psychoterapia pozwoliła i/lub pozwala na kształtowanie adaptacyjnych sposobów radzenia sobie, korygujących możliwe w tej grupie zakłócenia w strukturze osobowości i neutralizujących negatywny afekt powodowany nie do końca optymalnym środowiskiem wychowawczym.

Psychodynamiczne terapie przeznaczone dla osób nadużywających alkoholu i/lub z AUD ukierunkowane są na leczenie deficytowych obszarów funkcjonowania osobowościowych tych osób, w tym dyfuzji tożsamości, braku bezpieczeństwa przywiązaniowego czy braku zdolności rozpoznawania i regulowania uczuć (Flores, 2007; Khantzian, 2012; Khantzian *et al.*, 1990). Stawiają one sobie także za cel stworzenie w trakcie terapii przestrzeni, w której pomieszczone są negatywne, agresywne, destruktywne impulsy, a terapia tworzy sposobność dla korektywnego doświadczenia bliskości i przywiązania, dzięki czemu jednostka może tworzyć wewnętrzne reprezentacje bezpiecznych i opiekujących się obiektów, tym samym „naprawiając” deficyty powstałe na skutek braku stabilnej i podtrzymującej relacji w dzieciństwie (Flores, 2004; Reading, 2006) z powodu – odnosząc się do niniejszych badań – na przykład zęczenia się i zaniedbania fizycznego, zaniedbania emocjonalnego czy niestabilności otoczenia.

Podsumowując, można sądzić, że stworzony przez Wurmsera (1977) model cyklu kształtowania się struktury osobowości osób nadużywających substancji psychoaktywnych trafnie „zbiera” wyniki uzyskane w badaniach prezentowanych w niniejszym artykule. Wurmser (1977) uważa, że realne doświadczenia urazowe w życiu jednostki, takie

jak ekspozycja na przemoc czy niedostępność rodziców, powodują podstawowy defekt w tworzeniu się solidnych struktur psychicznych i granic między jednostką a światem zewnętrznym, jak również w formujących się mechanizmach obronnych. Dominującymi mechanizmami stają się zaprzeczenie oraz rozszczepienie, które wzmacniają fragmentaryzację tożsamości i wpływają na ukształtowanie się eksternalizacji (nadużywania substancji psychoaktywnej) jako głównego sposobu redukowania cierpienia. Wykorzystywanie eksternalizacji z kolei pogłębia początkową patologię osobowości, w tym testowanie rzeczywistości. Także inne koncepcje psychodynamiczne (Kohut, 1977; McDougall, 1989) podkreślają znaczenie wczesnej nieadekwatnej opieki rodzicielskiej oraz doświadczania wydarzeń urazowych dla kształtowania się deficytów w obszarze organizacji osobowości i używania alkoholu jako – symbolicznie bezpieczniejszego niż kontakt z drugim człowiekiem (Flores, 2004) – sposobu radzenia sobie.

Niniejsze badania nie są wolne od ograniczeń. Za podstawowe ograniczenie trzeba uznać ich poprzeczny charakter, który uniemożliwia ustalenie związku przyczynowo-skutkowego między badanymi zmiennymi. Inne ograniczenia to niewielka liczba osób badanych oraz brak wyróżnienia płci jako znaczącej zmiennej. Wydaje się też, że deklarowany charakter odpowiedzi kwestionariuszowych, zwłaszcza w zakresie wzorca używania alkoholu i doświadczania niekorzystnych wydarzeń, mógł się przyczynić do uruchomienia obronnego stylu odpowiedzi w celu uniknięcia konfrontacji z trudnymi i/lub bolesnymi aspektami własnego funkcjonowania i życia.

## WNIOSKI

Wraz ze zwiększającymi się nieprawidłowościami w strukturze osobowości oraz większą częstością występowania różnego typu niekorzystnych doświadczeń w okresie dzieciństwa zwiększa się używanie alkoholu przez osoby badane. Większe nieprawidłowości w zakresie organizacji osobowości wiążą się z większą częstotliwością niekorzystnych wydarzeń występujących w dzieciństwie.

### Konflikt interesów

*Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Wkład autorów

*Koncepcja i projekt badania; gromadzenie i/lub zestawianie danych; analiza i interpretacja danych; napisanie artykułu; krytyczne zrecenzowanie artykułu; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: EW.*

## Piśmiennictwo

- Berenz EC, Roberson-Nay R, Latendresse SJ et al.: Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: epidemiology and order of onset. *Psychol Trauma* 2017; 9: 485–492.
- Caligor E, Clarkin, JF: An object relations model of personality and personality pathology. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO (eds.): *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington 2010: 3–36.
- Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF: *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, London 2007.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF: *The Inventory of Personality Organization*. The Personality Disorder Institute, Weill Cornell Medicine of Cornell University, New York 2001.
- Cross D, Crow T, Powers A et al.: Childhood trauma, PTSD, and problematic alcohol and substance use in low-income, African-American men and women. *Child Abuse Negl* 2015; 44: 26–35.
- Di Piero R, Preti E, Vurro N et al.: Dimensions of personality structure among patients with substance use disorders and co-occurring personality disorders: a comparison with psychiatric outpatients and healthy controls. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 1398–1404.
- Draczyńska D: Relational trauma. *Psychiatr Pol* 2023; 1–11. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/156722.
- Dutcher CD, Vujanovic AA, Paulus DJ et al.: Childhood maltreatment severity and alcohol use in adult psychiatric inpatients: the mediating role of emotion regulation difficulties. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 48: 42–50.
- Eames SF, Businelle MS, Suris A et al.: Stress moderates the effect of childhood trauma and adversity on recent drinking in treatment-seeking alcohol-dependent men. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82: 441–447.
- Ertl V, Saile R, Neuner F et al.: Drinking to ease the burden: a cross-sectional study on trauma, alcohol abuse and psychopathology in a post-conflict context. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 202.
- Flores PJ: *Addiction as an Attachment Disorder*. Jason Aronson, Inc., Lanham 2004.
- Flores PJ: *Group Psychotherapy with Addicted Populations. An Integration of Twelve-Step and Psychodynamic Theory*. Third edition. Routledge, Taylor and Francis Group, Abingdon, New York 2007.
- Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A et al.: Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: the mediating role of personality organization and despair. *Front Psychiatry* 2018; 9: 318.
- Greenfield SF, Kolodziej ME, Sugarman DE et al.: History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: a prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 227–234.
- Hicks BM, South SC, DiRago AC et al.: Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 640–648.
- Hiebler-Ragger M, Unterrainer HF, Rinner A et al.: Insecure attachment styles and increased borderline personality organization in substance use disorders. *Psychopathology* 2016; 49: 341–344.
- Holl J, Wolff S, Schumacher M et al.; CANSAS Study Group: Substance use to regulate intense posttraumatic shame in individuals with childhood abuse and neglect. *Dev Psychopathol* 2017; 29: 737–749.
- Izdebska A, Pastwa-Wojciechowska B: Organizacja osobowości i jej pomiar – polska adaptacja kwestionariusza IPO Kernberga i współpracowników. *Czas Psychol* 2013; 19: 17–27.
- Kernberg OF: *Treatment of Severe Personality Disorders. Resolution of Aggression and Recovery of Eroticism*. American Psychiatric Association Publishing, Washington 2018.
- Khantzian EJ: Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective. *Am J Addict* 2012; 21: 274–279.
- Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231–244.
- Khantzian EJ: *Treating Addiction: Beyond the Pain*. Rowman & Littlefield, Lanham 2018.
- Khantzian EJ, Halliday KS, McAuliffe WE: *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*. The Guilford Press, New York, London 1990.
- Kohut H: *The Restoration of the Self*. The University of Chicago Press, Chicago 1977.
- Lotzin A, Haupt L, von Schönfels J et al.: Profiles of childhood trauma in patients with alcohol dependence and their associations with addiction-related problems. *Alcohol Clin Exp Res* 2016; 40: 543–552.
- MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et al.: Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1878–1883.
- Martin-Gagnon G, Normandin L, Fonagy P et al.: Adolescent mentalizing and childhood emotional abuse: implications for depression, anxiety, and borderline personality disorder features. *Front Psychol* 2023; 14: 1237735.
- McDougall J: *Theaters of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. W.W. Norton & Company, New York 1989.
- Oshri A, Rogosch FA, Cicchetti D: Child maltreatment and mediating influences of childhood personality types on the development of adolescent psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013; 42: 287–301.
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych: Test AUDIT – wersja walidowana. Available from: <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/1344-test-audit-wersja-zwalidowana> [cited: 3 August 2023].
- Potthast N, Neuner F, Catani C: The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addict Behav* 2014; 39: 949–958.
- Raketic D, Kovacevic M, Djuric T: P01-63 Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *Eur Psychiatry* 2009; 24 Suppl 1: S451.
- Reading B: The application of Bowlby's attachment theory to the psychotherapy of the addiction. In: Weegmann M, Cohen R (eds.): *The Psychodynamics of Addiction*. Whurr Publishers, London, Philadelphia 2006: 13–30.
- Ribadier A, Dorard G, Varescon I: Personality and defense styles: clinical specificities and predictive factors of alcohol use disorder in women. *J Psychoactive Drugs* 2016; 48: 384–392.
- Schindler A: Attachment and substance use disorders – theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. *Front Psychiatry* 2019; 10: 727.
- Schore AN: Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological dissociation. In: Dell PE, O'Neil JA (eds.): *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. Routledge/Taylor & Francis Group, 2009: 107–141.
- Styła R, Makoveychuk O: Psychometric properties of childhood experiences questionnaire (CEQ-58) used to assess the intensity of traumatic experiences from childhood and adolescence – preliminary elaboration. *Adv Psychiatry Neurol* 2018; 27: 15–30.
- Unterrainer HF, Hiebler M, Ragger K et al.: White matter integrity in poly-drug users in relation to attachment and personality: a controlled diffusion tensor imaging study. *Brain Imaging Behav* 2016; 10: 1096–1107.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment 2020*. 2022. Available from: <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment> [cited: 3 August 2023].
- Wardell JD, Strang NM, Hendershot CS: Negative urgency mediates the relationship between childhood maltreatment and problems with alcohol and cannabis in late adolescence. *Addict Behav* 2016; 56: 1–7.
- Włodarczyk J, Makaruk K, Michalski P et al.: Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badania. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2018.
- Wojtynkiewicz E: The identity of alcohol dependent persons. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31: 125–146.
- Wolff S, Holl J, Stopsack M et al.; CANSAS Study Group: Does emotion dysregulation mediate the relationship between early maltreatment and later substance dependence? Findings of the CANSAS study. *Eur Addict Res* 2016; 22: 292–300.
- Wurmser L: Mr. Pecksniff's horse? (Psychodynamics in compulsive drug use). In: Blaine JD, Julius DA (eds.): *Psychodynamics of Drug Dependence*. NIDA Research Monograph 12. Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, Washington 1977: 36–72.