

Dr Elżbieta Zdankiewicz-Ścigała
Wydział Psychologii Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS
e-mail: ezdankiewicz-scigala@swps.edu.pl

Autoreferat

1. Imię i Nazwisko

Elżbieta Zdankiewicz-Ścigała

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

- Magister Psychologii, Wydział Nauk Społecznych UAM, Poznań; 1982
- Doktor Nauk Humanistycznych w zakresie Psychologii, Wydział Nauk Społecznych UAM, Poznań, 1992.

Tytuł rozprawy doktorskiej: *Poznawcze uwarunkowania zaburzeń psychosomatycznych. Analiza na przykładzie choroby wieńcowej i zawału serca*

Promotor: prof. Dr hab. Tomasz Maruszewski

Recenzenci: prof. dr hab. Irena Heszen; prof. dr hab. Helena Sęk

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

- Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych UAM – 1982 – 1999
- Wydział Psychologii, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS – 1999 -

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. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.):

Za swoje główne osiągnięcie naukowe, uprawniające do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego uznaję badania nad opracowaniem modelu teoretycznego dotyczącego związków stylów więzi, wczesnodziecięcej traumy, aleksytymii i dysocjacji u osób uzależnionych od alkoholu. Zasadnicza teza, która została poddana weryfikacji, zakłada, że doświadczenia wczesnodziecięce powodują zmiany w mechanizmach regulacyjnych, które z kolei sprzyjają nieadaptacyjnemu radzeniu sobie ze stresorami – co ostatecznie sprzyja rozwojowi chronicznych zaburzeń potraumatycznych w życiu dorosłym. Wiele modeli teoretycznych, dotyczących genezy zaburzeń psychicznych, występujących zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, jako jeden z osiowych mechanizmów wyjaśniających psychopatologię, podaje zaburzenia w rozwoju procesów emocjonalnych, dotyczące rozumienia i przetwarzania emocji oraz ich regulacji i samoregulacji.

Wybór osób uzależnionych od alkoholu do weryfikacji modelu podyktowany jest tym, że u osób uzależnionych w szeregu badań wykazano wysokie natężenie występowania doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie a w ich następstwie - zaburzenia regulacji i samoregulacji emocji. Niemożność zidentyfikowania lub nazywania emocji (aleksytymia), w połączeniu ze stanem przytłoczenia afektywnego (dysocjacja – czyli odłączanie się), bardzo często jest charakterystyczna dla osób doświadczających traumy. W oparciu o to, w weryfikowanym modelu przyjął, że zarówno aleksytymia, jak i dysocjacja sprzyjają rozwojowi psychopatologii w okresie dziecięcym i podtrzymywaniu nieadaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem w dorosłości.

a) **tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego:**

Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych

b) **publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego** (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy),

1. **Zdankiewicz-Ścigala, E.** (2017). *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe Scholar. s. 274; ISBN: 978-83-7383-883-3.
Recenzent wydawniczy: Prof. Dr hab. Jerzy Trzebiński.
2. **Zdankiewicz-Ścigala, E., Ścigala, D.K.** (2018). Trauma, temperament, alexithymia and dissociation among persons addicted to alcohol: Mediation model of dependencies. *Frontiers in Psychology*, 9:1570.doi: 10.3389/fpsyg.2018.01570

Impact Factor JCR w roku publikacji 2,089; pięcioletni IF (2017)= 2,74. Liczba punktów według aktualnego wykazu MNiSW: 35.

Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przygotowaniu podłoża teoretycznego i adekwatnych narzędzi badawczych, przygotowaniu badania i koordynacji jego przebiegu. Poza tym pełniłam istotną rolę w analizie wyników, przygotowaniu pierwszej oraz ostatecznej wersji tekstu zaakceptowanego do druku. Swój wkład w publikację oceniam na 60%.

3. **Zdankiewicz-Ścigala, E., Ścigala, D.K.** (2018). Relationship between attachment style in Adulthood, alexithymia, and dissociation in alcohol use disorder inpatients. Mediation model. *Frontiers of Psychology*, 9:2039 doi: 10.3389/fpsyg.2018.02039

Impact Factor JCR w roku publikacji 2,089; pięcioletni IF (2017)= 2,74. Liczba punktów według aktualnego wykazu MNiSW: 35.

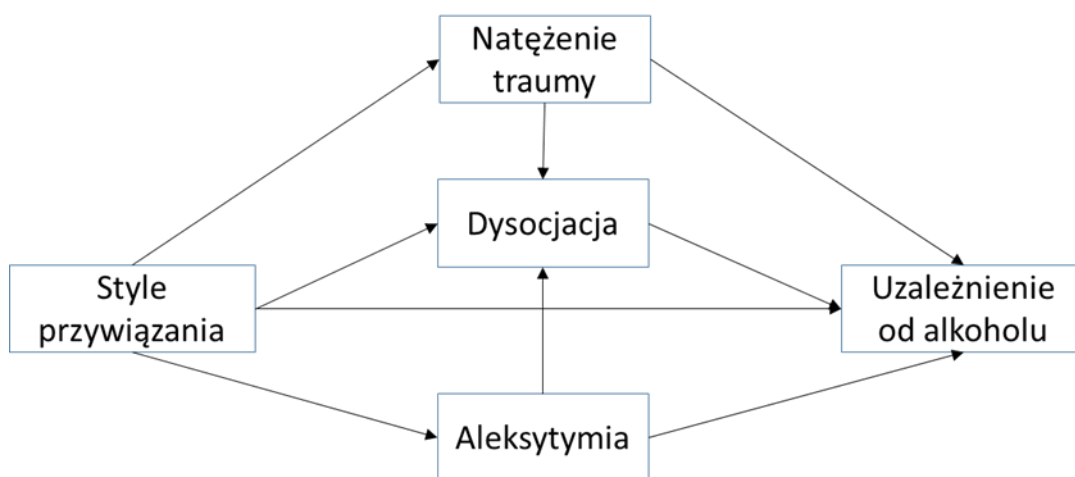
Mój wkład w powstanie tej pracy polegał na przygotowaniu podłoża teoretycznego i adekwatnych narzędzi badawczych, przygotowaniu badania i koordynacji jego przebiegu. Poza tym pełniłam istotną rolę w opracowaniu wstępu teoretycznego, analizie wyników i ich dyskusji oraz przygotowaniu pierwszej i ostatecznej wersji tekstu zaakceptowanego do druku. Swój wkład w publikację oceniam na 60%.

c) Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania.

Wprowadzenie

Na bazie założeń przedstawionych bardzo szczegółowo w monografii (Zdankiewicz-Ścigała, 20107), oraz artykułach (Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, 2018a, 2018b), a omówionych w głównych punktach poniżej, zaplanowałam badania, których celem głównym była weryfikacja modelu, zakładającego związek stylów więzi, wczesnodziecięcej traumy, dysocjacji i aleksytymii z zaburzeniami w doświadczaniu i regulacji afektu, które m.in. mogą przejawiać się, jako uzależnienie od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu. Ze względu na cząstkowe i niejednokrotnie wykluczające się dane, przedstawiane w licznych publikacjach, model teoretyczny, graficznie zaprezentowany na rycinie 1, testowany był systematycznie w kolejnych krokach analiz statystycznych, tak, aby można było wyodrębnić związki między poszczególnymi analizowanymi zmiennymi oraz wykazać, które zależności w najwyższym stopniu wiążą się z zaburzeniami regulacji afektywnej, badanej na przykładzie objawu, jakim jest skłonność do uzależnienia od alkoholu. W literaturze istnieje duża baza wyników badań, wiążąca osobno style więzi, traumę, dysocjację i aleksytymię z tendencją do uzależnienia. Tylko jedno badanie, zrealizowane przez Giuseppe Crapara i współpracowników (Craparo, i in., 2014), dotyczy analizy uwzględniającej w rozumieniu genezy uzależnienia od alkoholu zarówno traumę, jak i dysocjację oraz aleksytymię. Nie zaprezentowano, jak dotychczas, takiego modelu teoretycznego *explicite* wyłożonego, a tym samym badań, w których uwzględniono by jednocześnie wszystkie istotne, merytorycznie zmienne.

Nowatorskość czy nowe ujęcie, jakie prezentuję wiąże się z holistycznym podejściem do opisanie przejawów traumatycznego rozwoju i wyjaśnienia mechanizmów psychologicznych, odpowiedzialnych za rozwój i podtrzymywanie dysfunkcji afektywnych. Dostępna wiedza na temat neuronalnych korelatów leżących u podłoża aleksytymii oraz dysocjacji pozwala na głębsze wyjaśnienie uzyskanych wyników (Craig, 2009; Morie i in., 2016; Sutherland i in., 2013).



Ryc. 1. Model graficzny, obrazujący charakter zależności między stylami przywiązania a traumą, dysocjacją i aleksytymią, w wyjaśnianiu skłonności do ryzyka uzależnienia od alkoholu.

Wczesnodziecięce doświadczenia, podobnie jak fundament budynku, określają na ile stabilną i mocną konstrukcję można na nim zbudować. Wprawdzie nie determinują one konkretnego przebiegu adaptacyjnego funkcjonowania, jednakże ograniczają jego formę w sposób probabilistyczny, zwiększając lub zmniejszając prawdopodobieństwo wystąpienia określonych zjawisk (Bowlby, 1973, 1988; Sroufe, 2005). Istotą procesów rozwojowych jest to, że zarówno rozwój kompetencji, jak i ich brak, czyli nieprzystosowanie, wynikają z tych samych procesów transakcyjnych i kumulatywnych, mających miejsce w trakcie rozwoju jednostki (Yates, i in., 2011). Zaproponowany przeze mnie model teoretyczny dotyczy analizy czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia określonych konsekwencji w postaci psychopatologii w rozwoju emocjonalnym, skutkującej między innymi w okresie dorastania, a potem w dorosłości - nadużywaniem alkoholu, jako sposobem na regulację negatywnych stanów emocjonalnych. Co więcej - jak wykazała Małgorzata Dragan (2016) - regulacja negatywnych stanów emocjonalnych wiąże się z pozytywnymi treściami metapoznawczymi, jakie na temat alkoholu mają osoby pijące go problemowo lub ryzykownie. **Weryfikując model nie zakładam deterministycznego rozumienia analizowanych zjawisk oraz powiązań między nimi.** Oznacza to, że splot innych dodatkowych czynników kontekstowych może powodować, że w wyniku psychopatologii ogólnej dochodzi do rozwoju innych sposobów regulacji negatywnych stanów emocjonalnych, na przykład przez uzależnienie od jedzenia (Morie, i Ridout, 2018). Przyjęłam, że podstawowym, negatywnym następstwem lękowych stylów więzi oraz wczesnodziecięcej traumy jest ogólna dysregulacja emocjonalna, widoczna także na poziomie

biologicznym. Wynika ona z rozchwiania dynamicznej równowagi psycho-neuro-immunologicznej układów, biorących udział w reakcji na stres, ze względu na proces uwrażliwienia (sensytyzacji) (Schore, 2009b; Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002). To z kolei wiąże się z podatnością na zaburzenia emocjonalne. Osoby chronicznie doświadczające stanów przeciążenia afektywnego, mogą przyzwyczaić się do wyrażania swojego afektu (van der Kolk, i in., 1996) poprzez opracowanie kompensacyjnej, niewerbalnej strategii, takiej jak patologiczne picie. Robią tak w celu przełamania poczucia psychicznego odrętwienia i unikania. Mają wówczas poczucie zarządzania intensywnymi, pozornie niekontrolowanymi emocjami, po to aby je zrozumieć oraz wyrazić. Kiedy tak się dzieje, ekspresja emocji przybiera postać nadmiarową lub wręcz nietrafną i zniekształconą, przyczyniając się zwrótnie do przytłoczenia psychicznego niezrozumiałym przez doświadczający podmiot afektem (Yates, 2009) i ponawiania cyklu regulacji tegoż afektu przez używki. Środek, czyli alkohol, który miał pomóc, działa wprawdzie na krótką chwilę, jednakże nie pozwala skutecznie po wytrzeźwieniu poradzić sobie z emocjami i w rezultacie staje się następnie generatorem głodu i obsesyjnych myśli na temat przyjemności i ulgi, jaką może przynieść jego wypicie. Wśród osób uzależnionych szacuje się, że między 45-67% spośród nich wykazuje wysoki poziom aleksytymii, rozumianej jako dyspozycyjna cecha osobowości (Thornberg i in., 2011).

Integralność psychiczna (bezpieczny styl więzi i brak skłonności do aleksytymii i dysocjacji) zapewnia adekwatne i spójne funkcjonowanie zarówno w obszarze relacji ze światem zewnętrznym, jak i w obrębie świata wewnętrznego jednostki. Doświadczenia traumatyczne, związane z nagłą konfrontacją ze śmiercią, zagrożeniem życia czy zagrożeniem integralności fizycznej i psychicznej – przynajmniej na krótki czas – wywołują chaos we wszystkich sferach życia, czyli dezintegrację. **Moim osiągnięciem jest wykazanie, że aleksytymia oraz dysocjacja, analizowane łącznie, jako filary traumatycznego rozwoju wywołują dezintegrację skutkując dysregulacją emocjonalną.** Chaos potęgowany jest przez silny strach, który może przerodzić się w uogólniony lęk lub przybrać postać innych, trudnych do regulacji i zrozumienia emocji (np. poczucie winy, wstyd, złość), czy też niespecyficznych stanów afektywnych. Cechy te są charakterystyczne zarówno dla osób doświadczających traumy, określanej jako trauma przez duże „T”, jak i doświadczeń powstałych na bazie zaburzonych relacji przywiązaniowych w okresie wczesnego dzieciństwa. Traumatyczne relacje z tego okresu przyjęło się definiować jako traumy przez małe „t” (Howell, 2013). Zalicza się do nich zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczną (nadmierne krytykowanie, unieważnianie), przemoc fizyczną (bicie, stosowanie kar sprawiających ból i cierpienie) czy opuszczenie (van der Kolk i in., 2009). Dziecko także

może być ofiarą wczesnodziecięcych traum przez duże „T”, takich jak konfrontacja ze śmiercią, zagrożeniem życia własnego i bliskich, czy z szeroko rozumianą przemocą seksualną. Ofiarą jest także wówczas, gdy jest świadkiem przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej stosowanej przez dorosłych wobec siebie. Zarówno traumy przez duże „T”, jak i traumy doznawane chronicznie przez małe „t” skutkują określonymi dysfunkcjami psycho-neuro-immunologicznymi (van der Kolk i in., 2009; Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002). Trauma relacyjna, czyli „t” trauma, odnosząc się do przykrych doświadczeń, zwykle związanych z osobami bliskimi, utrudnia, czy wręcz uniemożliwia budowanie poczucia bezpieczeństwa i niezagrażającej relacji, nie tylko w okresie dziecięcym, ale także później w dorosłości, stając się podstawą pojawiającego się lęku przed bliskością i odrzuceniem w związku (Mikulincer i Shaver, 2007). Chociaż z perspektywy osoby dorosłej wydarzenia opisane jako „t” traumy mogą wydawać się mało znaczące, to często mają one ogromny wpływ na samopoczucie dziecka, budowanie poczucia własnej wartości i wzorców relacji ze światem. Kontakt od wczesnego dzieciństwa z opiekunem niestabilnym psychicznie, doświadczanie: parentyfikacji, umniejszania, wyzwisk, gróźb słownych, niesprawiedliwego karania czy emocjonalnego zaniedbania ma szczególne znaczenie, ponieważ stanowi podstawę, na której budowane są wszystkie późniejsze adaptacje (Sroufe, 2005; Schier, 2018).

Dezintegracja będąca wynikiem skumulowanych doświadczeń awersyjnych, może być spowodowana tym, że pobudzenia „*jest zbyt dużo w zbyt krótkim czasie*” („T” trauma), czyli mamy do czynienia z krytycznym przeciążeniem, neurofizjologicznym lub też z taką sytuacją, że pobudzenia jest „*za mało w zbyt długim czasie*” („t” trauma), gdy występują stany chronicznego zaniedbania, porzucenia, opuszczenia itp., czyli mamy do czynienia z brakiem stymulacji niezbędnej do prawidłowego rozwoju ważnych struktur i funkcji mózgu, a tym samym procesów psychicznych (Greenberg, 1999; Schore, 2009a,b). Z perspektywy dziecka, traumy przez małe „t” są traumami przez duże „T”. Wywołują one stany wpływające na fundamentalny cel dojrzewania systemu nerwowego u małego dziecka: tworzenie sieci połączeń między poszczególnymi strukturami mózgu, umożliwiającymi w teraźniejszości i w przyszłości wypracowanie dynamicznej równowagi na wszystkich poziomach funkcjonowania psycho-neuro-immunologicznych. Poziomy te – gdy są prawidłowo rozwinięte – zapewniają elastyczną i efektywną regulację pobudzenia afektywnego w złożonych sytuacjach bodźcowych (Porges, 2007; Schore, 2009a). Najtrudniejsza sytuacja jest wówczas, gdy dziecko, a potem adolescent narażony jest na chroniczne przeciążenie wynikające z naprzemiennych okresów doświadczania „T” traum i „t” traum. Wówczas,

używając analogicznych do wcześniejszych metafor, należałoby stwierdzić, że pobudzenia „*jest zbyt dużo w zbyt długim czasie*”. Jak twierdzi Allan N. Schore (2009b) „*organizacja podstawowych mózgowych mechanizmów radzenia sobie ze stresem przebiega w krytycznych okresach niemowlęstwa. Konstrukcja okresów krytycznych implikuje, że pewne szkodliwe wpływy we wczesnym dzieciństwie prowadzą do szczególnych, nieodwracalnych lub tylko częściowo odwracalnych, trwałych następstw. Ale z drugiej strony koncepcja okresu krytycznego podkreśla niezwykle wrażliwość kształtujących się układów dynamicznych na wpływy środowiskowe i zakłada, że układy te są w tych okresach najbardziej plastyczne. Rozwój prawej półkuli mózgu jest zależny od doświadczenia, a owo doświadczenie jest osadzone w relacji przywiązania między opiekunką a niemowlęciem*” (op. cit., s.102). Wielu badaczy twierdzi, że w takim przypadku mamy do czynienia z wykształceniem struktur mózgowych i pełnionych przez nie funkcji, które można określić jako „mózg przetrwania” (Ford, Courtois, 2009). Stany chronicznego stresu sprzyjają rozwojowi zaburzeń psychicznych charakterystycznych dla osób po traumach złożonych czyli Complex PTSD (van der Kolk i in., 2009). W skład opisowych kryteriów dotyczących konsekwencji doświadczania traum złożonych, jako jedno z ważniejszych zaburzeń wchodzi zmiany w regulacji emocji i popędów, przejawiające się pod postacią: (1) zaburzeń w kontroli i regulacji reakcji emocjonalnych; (2) problemów w zakresie przejawiania i regulacji złości; (3) zachowań autodestrukcyjnych (samouszkodzenia, zaburzenia łaknienia); (4) myśli samobójczych; (5) kompulsywnych lub skrajnych zahamowań w sferze seksualnej; (6) skłonności do zachowań ryzykownych Oprócz wymienionej wiązki, związanej z zaburzeniami w sferze afektywnej, wyodrębniono także takie, które dotyczą somatyzacji oraz zmian: w systemie uwagi i świadomości (dysocjacja), w percepcji siebie i innych, w systemie wartości (van der Kolk, i in., 2005). Ze względu na zakres prezentowanych w tej pracy badań skupiałam się na wymiarze, który ma charakter fundamentalny, czyli na zaburzeniach w sferze afektywnej, związanych z analizowanym przeze mnie obszarem, czyli aleksytymią oraz dysocjacją. **Uzależnienie od alkoholu, zgodnie z takim rozumieniem, może być postrzegane jako obronna odpowiedź na stres i traumę. Ponadto upijanie się alkoholem, czy odurzanie innymi substancjami psychoaktywnymi może służyć do generowania zmienionych stanów świadomości (jest to dysocjacja chemiczna), zapobiegając uświadomieniu sobie bólu psychicznego** (Craparo i in., 2014). W związku z tym, nadużywanie alkoholu może stanowić element składający się na zespół psychopatologicznych odpowiedzi na traumę (De Bellis, 2002; Foa i Williams, 2010).

Style więzi – wczesnodziecięca trauma – aleksytymia i dysocjacja u osób uzależnionych od alkoholu

Zgodnie z podejściem reprezentowanym przez psychopatologię rozwojową, zaburzenia występujące w relacji przywiązania skutkują osłabieniem zdolności do tworzenia ufnych relacji przywiązania w życiu dorosłym, co jest zrozumiałe. Jeżeli nie można ufać najbliższemu, bo zawiedli i zdradzili to jak można czuć się bezpiecznie z obcymi? Lęk, jako reakcja na dziecięce traumy, skutkuje pojawieniem się szerokiego spektrum zaburzeń emocjonalnych, związanych z psychopatologią w życiu dorosłym (Besharat i in., 2014; Dozier i in., 1999; Enns, i in., 2002; Meins i in., 2008). Urazy doznane w relacji przywiazaniowej stają się bowiem źródłem lęku przed odrzuceniem i bliskością emocjonalną wobec innych ludzi, pozostających w bliskich relacjach w wieku dorosłym, tym samym zwiększając stres i niepewność w relacjach (Gillath i Shaver, 2007; Mikulincer i Shaver, 2007). Wiąże się to z osłabieniem zdolności do tworzenia więzi, co oznacza, że *„dziecko nie nabywa siły i odporności potrzebnych później do elastycznego radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami w sytuacjach międzyludzkich i trudnych okolicznościach niezależnych od ludzi”* (Allen, Fonagy, Bateman, s. 304).

Deficyty opisane w wymienionych obszarach rozwoju są przejawem syndromu aleksytymii. Peter Sifneos w jednej ze swoich pierwszych prac charakteryzuje aleksytymię w następujący sposób: *„Te deficyty obejmują niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do opisu uczuć, niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi, ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji oraz tendencję do opisywania bez końca szczegółów dotyczących danego epizodu wywołującego emocje, którą określano jako operacyjny sposób myślenia albo jako „pensée opératoire ”* (Sifneos, 1991 , s. 118). Dane z wielu badań wskazują także na to, że istnieje silny związek zarówno między aleksytymią i problemami dotyczącymi rozumienia i regulacji emocji u osób wychowywanych w więziach pozabezpiecznych (Bekker, i in., 2007) jak i między bezpieczną więzią i wyższym poziomem kompetencji, empatii, zdolności do nawiązywania bliskich relacji i emocjonalną świadomością i samoświadomością (Laible, 2007). Graeme J. Taylor i współpracownicy (1991) twierdzą, że aleksytymia polega na zaburzeniu w uzyskiwaniu dostępu do własnych procesów emocjonalnych w trzech zakresach: (1) psychicznej reprezentacji emocji; (2) wskaźników behawioralnych; (3) wskaźników fizjologicznych. Termin „aleksytymia” używany jest obecnie nie tylko do wskazania deficytów w wymiarze werbalizacji emocji, ale głównie do opisanie problemów związanych z przetwarzaniem

poznawczym pobudzenia afektywnego, a tym samym deficytów związanych z regulacją emocji i rozumieniem fizjologicznych korelatów emocji. Deficyty te dotyczą trudności w identyfikacji i werbalizacji emocji oraz odnoszą się do myślenia skupionego jedynie na czynnikach zewnętrznych, wywołujących pobudzenie emocjonalne, czyli operacyjnego stylu myślenia (Taylor, Bagdy, Parker, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998; Zdankiewicz-Ścigała, 2017). Aleksytymia, zaburzając prawidłowe rozpoznawanie i rozumienie emocji, także tych, wyrażanych mimicznie, wpływa na błędne wykorzystanie emocji, jako ważnych źródeł informujących o stanie psychicznym i o relacjach z innymi ludźmi, a tym samym przyczynia się do wzrostu liczby sytuacji stresowych i stresogennych. Poza tym wiąże się także z dysfunkcją rozpoznawania wyrazów mimicznych, co skutkuje deficytami w tworzeniu semantycznej reprezentacji pojęć dotyczących emocji (Grynberg i in., 2012). Zaburzenia związane z brakiem poczucia bezpieczeństwa wiążą się w istocie z powstaniem trudności w trafnym komunikowaniu swoich intencji, potrzeb i emocji w relacjach społecznych w ogóle, a w relacjach bliskich – w szczególności. Wieloletnie doświadczanie rodzica, jako niedostępnego i niewrażliwego na sygnały płynące od dziecka, skutkuje przeżywaniem chronicznych emocji negatywnych, takich jak lęk, złość czy smutek (De Rick i Vanhuele, 2006, 2007; Gavi i in., 2016). Może także być podstawą do wykształcenia impulsywnych zachowań, w tym agresji. Impulsywna agresja związana jest z dużą pobudliwością organizmu, nagłymi i często niewspółmiernymi do bodźca oraz niekontrolowanymi wybuchami; zwykle jednak nie jest ukierunkowana na osiągnięcie jakiegoś celu i może być też skierowana przeciwko samemu sobie. Jej pojawienie się niekoniecznie wiąże się z antyspołecznymi dążeniami sprawcy, zazwyczaj jest wynikiem dużego napięcia emocjonalnego, lub też nie radzenia sobie z sytuacją w zewnętrznym świecie (Pisula, Kołakowski, 2011). Z kolei zaburzenia wynikające z poznawczych zniekształceń skutkują stosowaniem nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych (Dubey, i Pandey, 2013). W najmniej do tego odpowiednich bodźcowo sytuacjach mamy wówczas do czynienia z tłumieniem emocji lub niekontrolowanymi wybuchami (impulsywna agresja). W konsekwencji osoby z wysokim poziomem aleksytymii odczuwają silniejsze pobudzenie psychofizjologiczne w sytuacjach emotogennych. Nie potrafiąc używać adaptacyjnych strategii samoregulacji do obniżania napięcia, osoby z wysokim poziomem aleksytymii nie rejestrują tym samym zmian w doświadczaniu negatywnego afektu. Z kolei zaleganie afektu negatywnego skutkuje trudnościami w doświadczaniu emocji pozytywnych (Swart i in., 2009). Wymiar afektywny aleksytymii obejmuje niską pobudliwość emocjonalną oraz ograniczoną zdolność wyobrażeniową. Słabą pobudliwość emocjonalną definiuje się jako zmniejszenie amplitudy

zmian poziomu pobudzenia zachodzących w odpowiedzi na bodźce emocjonalne. Oznacza to, że im wyższy poziom aleksytymii, tym trudniej świadomie różnicować pobudzenie fizjologiczne. Jak wskazują liczne pojawiające się ostatnio badania, wiąże się to z deficytami interocepcji, czyli zdolności do rejestrowania i przetwarzania sygnałów płynących z ciała (Brewer, Cook, Bird, 2016). W przypadku osób z wysokim poziomem aleksytymii wykryto znaczne deficyty w zdolności do odczytywania wskaźników pracy ciała, zarówno w odniesieniu do wskaźników czysto fizycznych, jak i odnoszących się do rozpoznawania sygnałów pobudzenia afektywnego (Brewer, i in., 2016). Deficyty należące do wymiaru poznawczego i afektywnego oraz nieoptymalne strategie regulacji emocjonalnej, obecne u osób charakteryzujących się wysokim poziomem aleksytymii, mogą odgrywać ważną rolę w powstawaniu różnych rodzajów zaburzeń psychicznych oraz stanowić czynnik ryzyka ich wystąpienia (Kret, Ploeger 2015).

Jedno z ostatnio opublikowanych przez Michaela Lyvers'a i współpr., (2018) badań odnosiło się do porównania poziomu aleksytymii, impulsywności, wrażliwości na nagrodę między młodymi dorosłymi, wywodzącymi się ze środowiska, gdzie rodzic był uzależniony od alkoholu i dorosłymi, pochodzącymi ze środowiska nie pijących rodziców. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono wyższe natężenie aleksytymii, impulsywności, wrażliwość na nagrodę, wyższy poziom lęku oraz depresji w grupie młodych ludzi, pochodzących z rodzin, gdzie nadużywano alkoholu. Stwierdzony wzorzec u młodych ludzi, nie będących jeszcze osobami uzależnionymi - jak twierdzą autorzy badania - pokazuje, że część cech może być uwarunkowana częściowo genetycznie, jednakże jeżeli chodzi o aleksytymię, to wpływ zaburzonych więzi ma tu znaczenie nie do przecenienia. Dodać należy, że lęk, podobnie jak i depresja, powstają na bazie traumy relacyjnej i zaniedbania. Drugi kierunek, weryfikujący rolę aleksytymii, to sprawdzanie poziomu aleksytymii u osób uzależnionych przed procesem terapii i po terapii. Uwagę badaczy skupiają różne etapy pracy terapeutycznej, np. okres po detoksykacji. Wyniki tych analiz, pochodzące z wielu badań wskazują na stabilny poziom aleksytymii w tych grupach badanych; dotyczy to także pacjentów uzależnionych od narkotyków (kokaina), (Morie, i in., 2015). Jednakże, jak wskazuje De Hann i współpr., (2014) opierając się na wynikach badania 101 osób uzależnionych od alkoholu przed detoksykacją i po detoksykacji, poziom aleksytymii u badanych osób jest względnie stabilny (*relative stability*) w czasie, natomiast autorzy podkreślają, że aleksytymia nie może być uznana za absolutnie stabilną cechę (*absolute stability*). Kolejny krok w poszukiwaniu predykcyjnych własności aleksytymii dotyczy weryfikacji tego, na ile można przewidywać skłonność do sięgania po alkohol bazując na

wynikach aleksytymii. W badaniu przeprowadzonym przez Lyvers'a i współprac., (2012) weryfikowano związek aleksytymii z problemowym piciem, przy uwzględnieniu wrażliwości na kary i nagrody oraz motywacji do sięgania po alkohol. Wykazano związek aleksytymii z płcią męską, radzeniem sobie z emocjami, jako powodem sięgania po alkohol oraz wrażliwością na doświadczenia awersyjne. Fakt trudności z rozpoznawaniem własnych doznań emocjonalnych sprzyja według badaczy większej wrażliwości na bodźce awersyjne, co z kolei przyczynia się do zwiększenia motywacji do picia jako sposobu regulacji emocji negatywnych. Utrwalenie takiego wzorca regulacji emocji negatywnych zwrótnie może powodować wzrost poziomu aleksytymii i tym samym deficyty te mogą się przyczyniać do rozwoju uzależnienia. Warto zaznaczyć, że wśród uzależnionych od alkoholu wywodzących się z grup klinicznych, występuje silne powiązanie z zaburzeniami afektywnymi, takimi jak lęk i/czy depresja (Thornberg i in., 2009). Zgodnie z koncepcją Cloningera (Cloninger i in., 1996) jest to ścieżka rozwoju uzależnienia określana jako alkoholizm typu I. W kolejnym badaniu Lyvers i współprac., (2018) użyli tej samej metodologii badania, jednakże badaniu poddano 155 młodych osób z populacji nieklinicznej. Celem było sprawdzenie, jakie będą zależności między aleksytymią, wrażliwością na nagrody oraz typem wiodącej motywacji do sięgania po alkohol u osób pijących ryzykownie. Wnikliwa analiza statystyczna pozwoliła na wyodrębnienie dwóch ścieżek zależności. Jedna jest powtórzeniem mechanizmu odkrytego w badaniu pierwszym, gdzie aleksytymia wiąże się z przeżywaniem negatywnych emocji, a to z kolei uaktywnia motywację do picia, jako sposobu redukcji napięcia oraz skłonność do ryzykownego picia. Natomiast drugi mechanizm sięgania po alkohol jest niezależny od poziomu aleksytymii. Głównym predyktorem jest wrażliwość na nagrody. To z kolei jest wzmacniane przez chęć dostarczenia sobie przyjemnych ekscytujących doznań. Ryzykowne picie traktowane jest jako sposób na silniejsze doznania. Ten mechanizm uzależnienia od ryzykownego picia zgodny jest z klasyfikacją Cloningera jako alkoholizm typu II.

Dysocjacja oznacza załamanie się tej funkcji integracyjnej świadomości. Zgodnie z definicją dysocjacji w rozumieniu Pierre Janet, rozszczepienie pełni określoną funkcję, czyli jest mechanizmem blokującym integrację treści zagrażających w świadomości i aktywuje się tylko i wyłącznie w sytuacjach, w których jednostka nie ma szansy w inny sposób przetwarzać stymulacji bodźcowej. Dysocjacja, może występować w postaci odłączenia (*detachment*) oraz fragmentaryzacji (*compartmentalization*) doświadczenia (Liotti, 2004; Liotti i Farina, 2016). Symptomy dysocjacyjne odłączenia wiążą się bezpośrednio ze stanem wyalienowania od własnych emocji i ciała; od zwykłego poczucia własnej tożsamości i normalnego poczucia znanej rzeczywistości otoczenia. Jak wskazują badacze, pierwszą

patogenną konsekwencją traumy jest „utrata konfidencji z wewnętrznym doświadczeniem” (Albasi, 2009; za Liotti i Farina, 2016). Poczucie obcości jest charakterystycznym przejawem odrealnienia i depersonalizacji. Symptomy dysocjacyjne fragmentaryzacji (*compartmentalization*) według Liottiego i Fariny (2016), odnoszą się natomiast do świadomości w trzeciej osobie lub świadomości poznawczej, zwanej również świadomością dostępu, ponieważ komponenty świadomości są w przeważającej mierze werbalne lub reprezentowane są przez wyobrażenia umysłowe, do których ma się świadomy i często intencjonalny dostęp poprzez słowo (ibidem). Zgodnie z koncepcją psychicznej reprezentacji emocji (Maruszewski, Ścigała, 1998) przyjmuję, że pełny dostęp do reprezentacji doświadczenia emocjonalnego wiąże się z zintegrowaniem poziomu obrazowego (skrypty oparte na modalnościach zmysłowych), werbalnego (kategorie werbalne, czyli schematy) oraz semantycznego (przypisanie znaczenia, pojęcia teorie). Zablockowanie procesu werbalizacji, czyli transformacji między kodem obrazowym a werbalnym, uznać należy za początek procesu fragmentaryzacji i proces leżący u podłoża dysocjacji. Podobnie jest w przypadku przejścia między kodowaniem obrazowym a pojęciowym, gdzie możliwe jest tworzenie świadomego dostępu do zapisanych na pierwszym poziomie doznań – poprzez symbolizację. Zakłócenia w rekodowaniu doświadczeń skutkować mogą tworzeniem oddzielonych od siebie fragmentarycznych wspomnień. W przypadku fragmentaryzacji uniemożliwione są porównania i połączenia semantyczne pomiędzy reprezentacją psychiczną, która normalnie powinna być dostępna i wchodzić symultanicznie w obszar świadomości Ja. Prototypowe przykłady symptomów fragmentaryzacji stanowią: amnezja dysocjacyjna (w której wspomnienie nie jest dostępne z powodu procesu dysocjacyjnego) i niezintegrowane stany Ja, w których niemożliwa jest synteza znaczeń, nadająca spójność lub przynajmniej jedność narracji odmiennych epizodów autobiograficznych i odmiennych reprezentacji semantycznych Ja. Fragmentaryzacja dezintegruje procesy uwagi, pamięci i świadomości, utrzymując stan poznawczego „zawieszenia” doświadczenia, obecnego w postaci niezintegrowanych doznań zmysłowych, somatycznych i werbalnych. Rozdzielenie występujące w trakcie doświadczania traumy jest w pełni procesem adaptacyjnym. Dlatego dysocjacja okołourazowa, doświadczana krótko po zdarzeniu w postaci ponownego przeżywania, amnezji, zaburzeń w percepcji Ja albo otoczenia (derealizacja i depersonalizacja) oraz chwilowych utrat świadomości, jest prawidłowym i wręcz pożądanym objawem, jak wynika chociażby z ustaleń Richarda A. Bryanta (2009). Problem pojawia się wówczas, gdy proces fragmentaryzacji staje się stałym, nawykowym mechanizmem radzenia sobie z doświadczeniami niekoniecznie traumatycznymi, ale postrzeganymi jako takie przez

podmiot. Dzieje się tak w dwóch typach sytuacji: (1) gdy trauma ma postać chroniczną i intencjonalną; (2) gdy trauma jest szczególnie dotkliwa dla ofiary – mogą to być wyjątkowo bolesne zabiegi czy operacje chirurgiczne lub przemoc seksualna. Wówczas dysocjacja staje się ucieczką – gdy nie ma możliwości realnej ucieczki, a w konsekwencji, ze względu na proces odłączenia i fragmentaryzacji – utrudnia proces integracji doświadczenia traumatycznego w pamięci autobiograficznej. Utrudnienia te dosyć często wiążą się z nietrafną atrybucją sytuacji („to moja wina” – stąd poczucie winy i wstydu) oraz koniecznością dokonania zmian w systemie wartości osobistych, niekiedy tych o charakterze fundamentalnym. Stan taki wywołuje kryzys egzystencjalny, depresję, PTSD i ponowne uporczywe przeżywanie traumy. W tym wypadku dysocjowanie pogłębia zaburzenie po traumie. Z tego powodu dysocjację, mając na uwadze długofalowe konsekwencje, można określać poprzez różne kategorie. Niemniej istotne jest to, że skutkiem dysocjacji jest niezdolność ofiar do zintegrowania doświadczeń traumatycznych w umyśle. Bazą dla skłonności do patologicznej dysocjacji są więzi lękowe, a szczególnie więź zdeorganizowana (Carlson i in., 2009).

Jeżeli chodzi o rolę dysocjacji, to najczęściej jest ona rozpatrywana w kontekście doświadczeń traumatycznych. W jednym z interesujących badań dotyczących związku traumy z dysocjacją i uzależnieniem od alkoholu, Alicia Klanecky i współpracownicy (Klanecky, i in., 2008) wykazali, że moderatorem skłonności do upijania się do nieprzytomności jest trauma o charakterze seksualnym, jakiej dana osoba doznała w dzieciństwie. Autorzy uważają, że upijanie się należy uznać za chemiczną dysocjację, która pozwala radzić sobie z doznaną traumą. Z kolei Defne Tamar-Gurol i współpracownicy (Tamar-Gurol, i in., 2008) zwracają uwagę na to, że w przypadku patologicznej dysocjacji, która przejawia się m.in. w dysocjacyjnych zaburzeniach tożsamości, traumy o podłożu zaniedbania emocjonalnego i przemocy fizycznej mogą – obok traumatycznych doświadczeń seksualnych – być dominujące. W badaniach Doris Nillson i współpracowników (2011) wskazywano, że do rozwoju dysocjacji przyczyniają się zarówno zaniedbanie emocjonalne, jak i trauma o charakterze seksualnym.

Nietrudno w tym momencie przyjąć, że aleksytymia i dysocjacja mogą zazębiać się w procesie radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wpływając jednocześnie na pogłębianie deficytów w sferze afektywno-poznawczej regulacji zachowania. Skłonność do odłączania się (derealizacja i depersonalizacja) oraz emocjonalna ślepotą (*emotional blindness*) mają wspólne źródło, a mianowicie pozabezpieczne style więzi i wczesnodziecięce traumy. W przypadku aleksytymii co wykażę poniżej, style więzi można uznać za warunek konieczny i

wystarczający do rozwoju deficytów w rozpoznawaniu i poznawczym przetwarzaniu emocji, natomiast w przypadku dysocjacji jest to niewątpliwie warunek konieczny, ale niewystarczający. Jak wynika z powyższego, **kluczowe dla uzależnienia są mechanizmy odpowiedzialne za uwalnianie głodu lub też za modulację pragnienia i pożądania w taki sposób, że proces jest regulowany przez inne procesy psychiczne lub też blokowany przez te procesy**. Wielu badaczy zajmujących się problemem uzależnienia od alkoholu (np. Cierpiałkowska, 2010; Dragan, 2016; Ryszkowski, i in., 2015) podkreśla, iż „jest [ono] wynikiem zaburzeń jednostki – jej **niedojrzałości emocjonalnej**, (podkreślenie. EZŚ) alkohol może być środkiem do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami” (Ryszkowski i in., 2015, s. 3). Kluczem w tej definicji jest określenie „niedojrzałość emocjonalna”. Jeden z powodów, dla których ludzie sięgają po alkohol, to dążenie do uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego. Taki z reguły jest charakter pierwszych doświadczeń z piciem alkoholu (Pomianowski, 1998). Powoduje on zmianę emocji w kierunku pozytywnych, daje możliwość odwrócenia uwagi od problemów, nudy, przytłoczenia i marazmu. Niejednokrotnie trudny do uchwycenia dla osoby pijącej jest moment przejścia od picia okazjonalnego i w miarę kontrolowanego spożycia alkoholu, do uzależnienia. Według Pomianowskiego (1998), osobę uzależnioną wciąga „powracająca fala”, która wyrzuca podmiot poza obszar bezpiecznego, kontrolowanego używania, a pojawia się wewnętrzny przymus i presja (op. cit., s.270). I dalej, według tego autora, tym, co uzależnia, nie jest sama substancja, a **efekty wywołane w samopoczuciu człowieka**, pod wpływem chemicznego działania tej substancji. Uzależnienie jest doświadczeniem dającym możliwość szybkiego i „efektywnego” regulowania emocji negatywnych i tym samym samopoczucia, dającego iluzję samowystarczalności, siły i kontroli, co z uwagi na iluzoryczność i zniekształcanie rzeczywistości powoduje, że powoli kurczą się inne sposoby i możliwości radzenia sobie, aż do momentu, gdy znikają zupełnie i uzależnienie zaczyna dominować jako jedyny sposób radzenia sobie ze światem i z samym sobą (op. cit., 262). Badacze są zgodni, że jednym z kluczowych elementów powodujących, że osoby uzależnione sięgają po substancje psychoaktywne, jest stan charakteryzujący się wzmożoną i trudną do odparcia chęcią lub pragnieniem użycia tych substancji – np. wypicia alkoholu, poczucia „dobroczynnych” skutków jego działania albo przymusem jego poszukiwania. (Chodkiewicz, 2014). Pytanie, jakie się pojawia brzmi następująco: jakie czynniki sprawiają, że emocje są przytłaczające i niemożliwe do regulacji w inny sposób niż przez substancje psychoaktywne?

Empiryczna weryfikacja modelu – w świetle badań własnych

Moim osiągnięciem jest wyodrębnienie specyficznej ścieżki etiologicznej rozwoju uzależnienia od strony psychologicznej. Wybór grupy osób uzależnionych podyktowany był tym, iż wśród osób spełniających kliniczne kryteria uzależnienia występuje, jak wspomniałam wcześniej, między 45-67% osób z wysokim natężeniem aleksytymii. Ponadto w grupie tej obserwuje się wysokie nasilenie występowania wczesnodziecięcej traumy, głównie związanej z zaniedbaniem emocjonalnym. Uczestnikami badania byli pacjenci sześciu poradni odwykowych w Warszawie. W sumie przebadanych zostało 268 osób, w tym 116 kobiet (43% wszystkich badanych) i 152 mężczyzn (57% wszystkich badanych) w wieku 18–73 lat ($M = 39,19$; $SD = 13,45$). Badani zostali podzieleni na trzy grupy. Kryterium podziału był wynik przesiewowego kwestionariusza do diagnozowania uzależnienia od alkoholu MAST (mniej niż 4 punkty – grupa kontrolna, tj. nieuzależnieni; 4 punkty – prawdopodobnie uzależnieni; więcej niż 5 punktów – uzależnieni od alkoholu). Uzyskanie 5 pkt i więcej wskazuje na spełnianie przez badanego kryteriów choroby alkoholowej zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-IV-TR. W grupie kontrolnej znalazło się 90 osób, w tym 53 kobiety i 37 mężczyzn w wieku 21–64 lat ($M = 35,12$; $SD = 1,40$). W grupie prawdopodobnie uzależnionych znalazło się 14 osób. Pięć z nich stanowiły kobiety, a 9 – mężczyźni w wieku 20–59 lat ($M = 29,71$; $SD = 2,97$). Grupa uzależnionych od alkoholu składała się ze 163 osób: 57 kobiet oraz 106 mężczyzn w wieku 18–73 lat ($M = 42,36$; $SD = 1$). Wszystkie osoby, przebadane pod kątem uzależnienia od alkoholu, w poradniach odwykowych (135 osób) zakwalifikowały się do grupy uzależnionych od alkoholu. Badanie było realizowane od października 2014 r. do stycznia 2015 roku. W badaniu wykorzystano ankietę zawierającą pytania dotyczące: wieku, płci, stanu cywilnego, wykształcenia oraz informację, czy – a jeśli tak, to jak długo z powodu problemów z piciem alkoholu – osoba uczestniczy w terapii. Do zbadania zmiennej „styl więzi” posłużono się Kwestionariuszem Stylów Przywiązaniowych (KSP; Płopa, 2008). Z kolei do badania wczesnodziecięcej traumy użyto kwestionariusza TEC (Nijenhuis, van der Hart i Kruger, 2002; adaptacja R. Tomalski) składa się on z 29 pytań opisujących traumatyczne wydarzenia. Autorzy podkreślili, że wymienione sytuacje nie dla każdej osoby będą się wiązały z przeżyciem traumy, ale zależało im na tym, by umieścić jak najwięcej zdarzeń, które mogłyby ją wywołać. Do zbadania zmiennej poziom aleksytymii wykorzystano samoopisowy kwestionariusz Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS-20; Parker, Bagby, Taylor, Endler i Schmitz, 1993; adaptacja: Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, Bedyńska, Kokoszka – w przygotowaniu do druku). W celu przeanalizowania zmiennej tendencja do dysocjacji użyto samoopisowego kwestionariusza Curious Experiences Survey

(CES; Goldberg, 1999; adaptacja: Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, Bedyńska, Borowska – w przygotowaniu do druku). Do zbadania zmiennej uzależnienie od alkoholu posłużył kwestionariusz Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971; adaptacja: Falicki, Karczewski, Wandzel i Chrzanowski, 1986). MAST jest przesiewowym narzędziem do diagnozowania uzależnienia od alkoholu i składa się z 24 pytań. Wszystkie użyte kwestionariusze wykazują wysokie parametry psychometryczne.

Poniżej omówiono główne rezultaty badania zreferowanego w monografii, przeprowadzonego z myślą o weryfikacji założeń modelu teoretycznego. W pierwszej kolejności testowano ogólne założenia na temat związku stylów więzi z wczesnodziecięcą traumą i uzależnieniem. Kolejne analizy odnosiły się do badania związku style więzi–trauma–aleksytymia–uzależnienie i style więzi–trauma–dysocjacja–uzależnienie. Trzeci z kolei cykl analiz badał skumulowany wpływ analizowanych czynników na uzależnienie. Dlatego przeprowadzono podwójne mediacje, uwzględniające zarówno style więzi, traumę, dysocjację, jak i aleksytymię, w ich skumulowanym wpływie na skłonność do uzależnienia. Ostatni etap analiz odnosił się do wyodrebnienia ścieżek zależności między wyodrębnionymi czynnikami i **weryfikacja hipotezy dotyczącej swoistej ścieżki zależności - zaczynającej się od stylów więzi, poprzez traumy i aleksytymię oraz dysocjację, po skłonność do nadużywania alkoholu.**

Style więzi, trauma – aleksytymia i dysocjacja w kontekście uzależnienia od alkoholu

Głównym celem wielostopniowej analizy była weryfikacja założenia odnośnie roli stylów więzi, natężenia doświadczeń wczesnodziecięcych, poziomu aleksytymii i dysocjacji w rozwoju uzależnienia. W celu weryfikacji hipotezy o różnicach w stylach więzi, między osobami z grupy badanej i kontrolnej przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji, w schemacie międzygrupowym, która wykazała istotne efekty dla każdego stylu przywiązania: bezpieczny $F(1, 218) = 27,380$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,112$; ambiwalentny $F(1, 216) = 12,947$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,057$; unikowy $F(1, 218) = 23,242$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,096$. Badani uzależnieni od alkoholu przejawiali istotnie niższe wyniki na skali bezpiecznego stylu przywiązania i wyższe wyniki na skalach więzi lękowo-ambiwalentnej i unikowej. W celu szczegółowej weryfikacji hipotezy dotyczącej natężenia doświadczeń traumatycznych w badanych grupach, przeprowadzono także jednoczynnikową analizę wariancji w schemacie międzygrupowym, w wyniku której wykazano, że osoby uzależnione od alkoholu przejawiały istotnie wyższy poziom ogólnego natężenia traum ($M = 5,83$; $SD = 4,34$) niż badani nieuzależnieni od alkoholu ($M = 3,17$; $SD = 3,02$); $F(1, 224) = 24,585$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,099$. Kolejnym krokiem analizy była weryfikacja hipotez dotyczących poziomu aleksytymii i dysocjacji w

badanych grupach. W celu sprawdzenia istotności różnic w poziomie dysocjacji przeprowadzono również jednoczynnikową analizę wariancji, która wykazała istotny efekt dla poziomu dysocjacji oraz jej podwymiarów: wynik ogólny $F(1, 199) = 21,242$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,096$; zaabsorbowanie $F(1, 232) = 14,618$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,059$; amnezja $F(1, 232) = 28,121$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,108$; depersonalizacja $F(1, 232) = 9,736$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,040$. Badani uzależnieni od alkoholu przejawiali istotnie wyższe wyniki na wszystkich skalach dysocjacji. Przeprowadzono także jednoczynnikową analizę wariancji w schemacie międzygrupowym, dla określenia istotności różnic między badanymi grupami w poziomie aleksytymii, która wykazała istotny efekt dla tego wymiaru oraz jego podwymiarów: wynik ogólny $F(1, 216) = 33,62$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,135$; TAS-1 $F(1, 237) = 31,3$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,117$; TAS-2 $F(1, 234) = 49,784$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,175$; TAS-3 $F(1, 227) = 6,102$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,026$. Przed przystąpieniem do bardziej zaawansowanych analiz statystycznych wykonano analizy korelacji r-Pearsona, aby określić, czy specyficzne rodzaje doświadczeń traumatycznych wiążą się z poszczególnymi podwymiarami dysocjacji i aleksytymii. Najsilniejszy związek dysocjacji, jako całości oraz poszczególnych jej wymiarów odnosi się do przemocy seksualnej oraz do zaniedbania emocjonalnego. Natomiast w grupie osób nieuzależnionych istotna korelacja wiąże się z zagrożeniem życia oraz z przemocą fizyczną. Z perspektywy skłonności do stosowania normatywnej i patologicznej dysocjacji można sądzić, że osoby nieuzależnione prezentują skłonność do dysocjowania normatywnego, czyli w sytuacjach zgodnych z definicją traumy według DSM-5 (APA, 2013). Dysocjacja w sytuacji realnego zagrożenia życia i przemocy fizycznej stanowi prawidłową, psychobiologiczną reakcję obronną. Analiza korelacji w przypadku aleksytymii wskazuje, że istotne są związki między zaniedbaniem emocjonalnym i dodatkowo przemocą emocjonalną w odniesieniu do aleksytymii, jako całości oraz do wymiarów dotyczących trudności w identyfikowaniu i werbalizacji emocji. Istotne jest to, że związki takie występują zarówno w grupie badanej, jak i w grupie kontrolnej. Wycofanie z realnej sytuacji bodźcowej przez depersonalizację czy zaabsorbowanie powoduje zniekształcenie poznawcze, skutkujące trudnościami w identyfikacji i werbalizacji emocji i skłania do operacyjnego myślenia, skierowanego na szczegółową analizę sytuacji bodźcowej – bez włączania wyższego poziomu analizy znaczeniowej, czy włączania w kontekst, pozwalający na wyciąganie wniosków. Zaburzenia w identyfikacji i werbalizacji emocji mogą potęgować odrealnienie, czyli dysocjację. W dalszej części skoncentrowano się na bardziej pogłębionej eksploracji zależności pomiędzy kluczowymi czynnikami ryzyka. **Analizę zależności pomiędzy zmiennymi przeprowadzono w dwóch etapach. Pierwszym z nich była analiza mediacji z jednym, a**

następnie z dwoma mediatorami, którą podjęto w odniesieniu do sformułowanych hipotez badawczych, a także ze względu na stwierdzone korelacje wyników. W drugim etapie testowano złożony model zależności, odnoszący się do modelu teoretycznego o możliwych powiazaniach pomiędzy wieloma wymienionymi zmiennymi, istotnymi dla rozwoju uzależnienia. W celu zbadania zależności między nimi zastosowano technikę modelowania równań strukturalnych. Poniżej omówię najważniejsze rezultaty, wynikające z przeprowadzonych analiz statystycznych. Etap pierwszy został podzielony na dwa kroki, zależnie od poziomu złożoności analiz mediacji, testowano najpierw proste, a potem bardziej zaawansowane modele.

Krok pierwszy – analizy uwzględniające jeden mediator

Weryfikacji poddano następujące, omówione szczegółowo dalej mediacje:

a)- związek stylów więzi z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem trauma; b)- związek stylów więzi z aleksytymią (mierzoną jako całością i poszczególnymi wymiarami) z mediatorem trauma; c)- związek stylów więzi z dysocjacją z mediatorem trauma; d) związek traumy z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem aleksytymia; e): związek traumy z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem dysocjacja; f) związek aleksytymii z uzależnieniem z mediatorem dysocjacja. Istotność statystyczna możliwych efektów mediacyjnych była weryfikowana za pomocą procedury zaproponowanej przez Reubena M. Barona i Davida A. Kenny'ego (1986) oraz niestandardowym oknem dialogowym process Andrew Hayesa (2013). Dodatkowo, w przypadku, gdy analizy spełniały kryteria ustalone dla tej procedury, zastosowano test Sobela (1982). Wszystkie analizowane modele okazały się istotne statystycznie.

a)- związek stylów więzi z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem trauma

Kolejno weryfikowano zależność style więzi (zmienna niezależna) a uzależnienie od alkoholu, (zmienna zależna) i badano efekt pośredni traumy. W pierwszym kroku przeprowadzonej analizy regresji potwierdzono bezpośrednią zależność bezpiecznego stylu więzi ze skłonnością do uzależnienia od alkoholu. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 208) = 16,655$; $p < 0,01$, i wskazywał, że im wyższy poziom bezpiecznego stylu więzi, tym mniejsza skłonność do uzależnienia od alkoholu ($\beta = -0,272$; $p < 0,05$). W modelu uwzględniającym jednocześnie mediator i zmienną niezależną rola zmiennej „bezpieczny styl więzi” w przewidywaniu skłonności do uzależnienia od alkoholu wprawdzie się zmniejszyła ($\beta = -0,209$; $p < 0,05$), ale wciąż była istotna, podczas gdy mediator, także jest silnie powiązany ze skłonnością do uzależnienia od alkoholu ($\beta = 0,362$; $p < 0,05$): $F(2, 207) = 26,09$; $p < 0,001$. Wynik wskazujący na mediację natężenia doświadczeń traumatycznych na

skłonność do uzależnienia od alkoholu został potwierdzony testem Sobela ($z = 2,31$; $p = 0,02$). Analizie poddano także rolę zaniedbania emocjonalnego i osobno przemocy emocjonalnej na związek styl więzi- uzależnienie. W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano istotną mediację dla zaniedbania emocjonalnego ($z = 2,31$; $p = 0,02$) i dla przemocy emocjonalnej ($z = 2,07$; $p = 0,03$). Im silniejsze doświadczenie zaniedbania emocjonalnego, tym słabszy obniżający wpływ bezpiecznego stylu więzi na poziom uzależnienia od alkoholu. Zgodnie z oczekiwaniami, bezpieczna więź, mimo doświadczanej traumy, stanowi ważny zasób w radzeniu sobie z obciążeniem emocjonalnym i dalej jest istotnym predyktorem do braku skłonności do uzależnienia. Podobne analizy wykonano w odniesieniu do stylu lękowo- ambiwalentnego. W jej wyniku wykazano, że model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 204) = 12,72$; $p < 0,001$, i wskazuje, że im bardziej lękowo- ambiwalentny styl więzi, tym silniejsza skłonność do uzależnienia od alkoholu ($\beta = 0,242$; $p < 0,05$). W modelu uwzględniającym jednocześnie mediator i zmienną niezależną, rola tej ostatniej w uzależnieniu od alkoholu się zmniejszyła, ale wciąż jest istotna ($\beta = 0,159$; $p < 0,05$), podczas gdy mediator jest silnie powiązany ze zmienną zależną ($\beta = 0,352$; $p < 0,05$): $F(2, 203) = 21,62$; $p < 0,001$. Wynik wskazujący na mediację został potwierdzony testem Sobela ($z = 2,88$; $p = 0,0039$). Odpowiednio dobrze dopasowane do danych były także mediacje uwzględniające zaniedbanie emocjonalne ($z = 2,3$; $p = 0,021$) oraz przemoc fizyczną ($z = 2,88$; $p = 0,0044$). Ostatnia z analizowanych mediacji odnosiła się do więzi unikowej. Model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 207) = 21,01$; $p < 0,001$, i wskazuje, że im bardziej unikowy styl więzi, tym silniejsza skłonność do uzależnienia od alkoholu ($\beta = 0,304$; $p < 0,05$); mediacja częściowa traumy ($z = 3,42$; $p = 0,0006$). Także dopasowane do danych były mediacje uwzględniające zaniedbanie emocjonalne ($z = 2,26$; $p = 0,023$) i przemoc fizyczną ($z = 2,14$; $p = 0,032$). Utrzymywał się jednak bezpośredni efekt na uzależnienie więzi unikowej.

Zakładając wpływ doświadczeń traumatycznych na związek pomiędzy stylami więzi a uzależnieniem od alkoholu wykazano, że najsilniejsza relacja występuje między więzią unikową, traumą a uzależnieniem, zarówno w odniesieniu do natężenia doświadczeń traumatycznych, jak i do zaniedbania emocjonalnego i przemocy fizycznej. Warto podkreślić, że więź unikowa silnie wiązała się z natężeniem traum, w tym zaniedbania emocjonalnego. Wykazano, że bezpieczny styl więzi nie tylko różnicuje osoby uzależnione od nieuzależnionych pod względem częstości występowania w danej grupie tego stylu więzi, lecz także wskazuje, że nawet przeżycie traum przy bezpiecznym stylu więzi zabezpiecza przed dysregulacją afektywną, wzmacniając prozdrowotne strategie radzenia sobie z ich

skutkami i tym samym promując zachowania adaptacyjne w radzeniu sobie ze stresem. Kolejne przeprowadzone analizy zakładały wpływ stylów więzi na rozwój aleksytymii, przy uwzględnieniu natężenia traum.

b)– związek stylów więzi z aleksytymią (mierzoną jako całością i poszczególnymi wymiarami) z mediatorem trauma

Kolejno weryfikowano istotność modelu dla: style więzi (zmienna niezależna), natężenie doświadczeń traumatycznych (mediator) oraz aleksytymię (zmienna zależna). W pierwszym kroku sprawdzono wpływ zmiennej niezależnej na zależną. Model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 186) = 78,52$; $p < 0,001$, a siła wpływu wynosi $\beta = -0,545$; $p < 0,05$, co wskazuje na silną zależność między stylem więzi i poziomem aleksytymii. Im bezpieczniejszy styl więzi, tym mniejsze ryzyko rozwoju aleksytymii. Uzyskany rezultat wskazuje na dominującą rolę więzi w procesie prawidłowego i oczywiście zaburzonego rozwoju emocjonalnego. Można uznać, że do rozwoju aleksytymii pierwotnej zdecydowanie nie przyczynia się bezpieczny styl więzi. Drugim krokiem analizy było sprawdzenie zależności między zmienną niezależną a mediatorem, która również jest istotna ($\beta = -0,179$; $p < 0,05$): $F(1, 186) = 5,98$; $p < 0,05$. Trzeci krok polegał na wprowadzeniu do modelu mediatora i sprawdzeniu poziomu istotności modelu mediacyjnego. Siła związku między zmienną niezależną i zależną po wprowadzeniu mediatora nieznacznie się zmniejszyła, ale wciąż jest bardzo istotna ($\beta = -0,527$; $p < 0,05$), **natomiast mediator nie był powiązany istotnie statystycznie ze zmienną zależną** ($\beta = 0,103$; $p = 0,100$): $F(2, 185) = 40,99$; $p < 0,001$, a cały model mediacyjny przetestowany za pomocą testu Sobela **nie jest istotny statystycznie** ($z = 1,29$; $p = 0,195$). Ze względu na to, że w skład aleksytymii wchodziły wymiary zróżnicowane, jeśli chodzi o udział procesów poznawczych w regulacji emocji, zweryfikowano związki stylu więzi z poszczególnymi podskładowymi aleksytymii. W odniesieniu do dwóch podskal aleksytymii uzyskano w jednym przypadku mediację częściową na poziomie istotności statystycznej: trudności w identyfikacji emocji ($z = 1,70$; $p = 0,088$), a w przypadku trudności w werbalizacji emocji, mediację częściową ($z = 1,99$; $p = 0,047$). Interesujące są wyniki w odniesieniu do trzeciej podskładowej aleksytymii – operacyjnego stylu myślenia. Uzyskano wynik wskazujący na mediację na poziomie tendencji statystycznej ($z = 1,85$; $p = 0,065$). Zgodnie z oczekiwaniami więź bezpieczna powoduje obniżenie operacyjnego stylu myślenia i co więcej, w kontekście tego stylu więzi także doświadczenia traumatyczne działają w kierunku jego obniżenia. Można założyć, że w bezpiecznym kontekście trauma sprzyja refleksyjnemu zmierzaniu się z doświadczeniem trudnym. W odniesieniu do zaniedbania emocjonalnego, jako zmiennej wpływającej na

związek bezpieczna więź a aleksytymia uzyskano nieco inne rezultaty, jak w przypadku skumulowanej traumy. Zaniedbanie emocjonalne okazało się istotnym mediatorem w relacji bezpieczna więź – aleksytymia. Wykazano częściową mediację ($z = 2,13$; $p = 0,036$); podobnie w odniesieniu do trudności: w identyfikacji emocji ($z = 2,20$; $p = 0,028$) i w odniesieniu do werbalizacji emocji ($z = 2,48$; $p = 0,013$) oraz brak istotnej mediacji w przypadku operacyjnego stylu myślenia ($z = 1,19$; $p = 0,23$). **Otrzymane rezultaty traktuję jako potwierdzenie założeń o związku bezpiecznej więzi z prawidłowym rozwojem emocjonalnym i brakiem skłonności do aleksytymii, także w kontekście traumy (mediacje częściowe).**

Z kolei, gdy badano wpływ traumy na związek lękowo-ambiwalentna więź-aleksytymia, model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 182) = 50,94$; $p < 0,001$, i wskazuje, że im bardziej lękowo-ambiwalentny styl więzi, tym większa skłonność do aleksytymii ($\beta = 0,468$; $p < 0,05$), ale nie wykazano istotnego wpływu mediatora ($z = 1,20$; $p = 0,23$). Otrzymany rezultat potwierdza dominującą rolę stylu więzi w przypadku rozwoju aleksytymii, jako całości. W odniesieniu do podskali trudności w identyfikacji emocji, model mediacyjny jest istotny na poziomie tendencji statystycznej ($z = 1,85$; $p = 0,064$); z kolei w odniesieniu do podskali trudności w werbalizacji emocji - wykazano mediację częściową, przy istotności ($z = 2,91$; $p = 0,036$). W przypadku ostatniego z wymiarów aleksytymii, operacyjnego stylu myślenia, stwierdzono istotność na poziomie tendencji statystycznej ($z = 1,94$; $p = 0,052$). Kiedy jako mediator włączono zaniedbanie emocjonalne uzyskano odpowiednio następujące rezultaty: istotna mediacja częściowa dla całej skali ($z = 2,09$; $p = 0,036$); dla trudności w identyfikacji emocji ($z = 2,23$; $p = 0,026$); dla trudności w werbalizacji emocji ($z = 2,44$; $p = 0,015$) oraz brak istotnej mediacji dla operacyjnego stylu myślenia ($z = 1,14$; $p = 0,26$).

Niezwykłe interesujące rezultaty uzyskano, testując związki unikowej więzi z aleksytymią, w kontekście doświadczeń traumatycznych. W pierwszym kroku potwierdzono bezpośrednią zależność unikowego stylu więzi z aleksytymią. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 184) = 97,06$; $p < 0,001$, i wskazywał, że im większe nasilenie unikowej więzi, tym większa tendencja do rozwoju aleksytymii ($\beta = 0,588$; $p < 0,05$). Mediator (trauma skumulowana) **okazał się nie być powiązany istotnie statystycznie** ze zmienną zależną ($\beta = 0,024$; $p = 0,705$): $F(2, 183) = 48,38$; $p < 0,001$, a cały model mediacyjny przetestowany za pomocą testu Sobela **nie był istotny statystycznie** ($z = 0,37$; $p = 0,72$). W odniesieniu do podskal: trudności w identyfikacji emocji model mediacyjny także nie był istotny statystycznie ($z = 1,63$; $p = 0,10$); trudności w werbalizacji emocji istotna była

częściowa mediacja ($z = 2,04$; $p = 0,041$); operacyjny styl myślenia, istotna była także mediacja częściowa ($z = 2,99$; $p = 0,0028$). Warto zwrócić uwagę na charakter tej relacji. Im wyższe natężenie traum tym niższy operacyjny styl myślenia. Okazuje się, zatem, że traumatyczne doświadczenia zmieniają wzorzec czynników aleksytymii, istotnie modyfikując operacyjny styl myślenia.

Badanie mediacyjnego wpływu zaniedbania emocjonalnego na związek unikowa więź – aleksytymia pozwala na stwierdzenie, że model regresji jest dobrze dopasowany do danych $F(1, 201) = 111,94$; $p < 0,001$, i wskazywał, że im większe nasilenie unikowej więzi, tym większa tendencja do rozwoju aleksytymii ($\beta = 0,598$; $p < 0,05$). Siła związku pomiędzy zmienną niezależną i zależną po wprowadzeniu mediatora nieznacznie się zmniejszyła, ale wciąż jest istotna ($\beta = 0,564$; $p < 0,05$), natomiast **mediator okazał się nie być powiązany istotnie statystycznie ze zmienną zależną** ($\beta = 0,123$; $p < 0,05$): $F(2, 200) = 59,16$; $p < 0,001$, a cały model mediacyjny przetestowany za pomocą testu Sobela jest istotny statystycznie na poziomie tendencji statystycznej ($z = 1,84$; $p = 0,066$). Uzyskano w kolejnych analizach wynik wskazujący na częściową mediację zaniedbania emocjonalnego na trudności w identyfikacji emocji, który został potwierdzony testem Sobela ($z = 2,06$; $p = 0,039$) oraz także dla trudności w werbalizacji emocji ($z = 2,45$; $p = 0,014$); i dla operacyjnego stylu myślenia, na poziomie tendencji statystycznej ($z = 1,66$; $p = 0,098$).

W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych wykazano, że w przypadku relacji style więzi–trauma–aleksytymia możemy mówić o silnych związkach pozabezpiecznych stylów więzi z rozwojem aleksytymii. Uzyskane rezultaty traktuję jako ważną weryfikację roli stylów więzi w rozwoju aleksytymii oraz moje ważne osiągnięcie w debacie na temat genezy aleksytymii. Bezpieczny styl więzi stanowi wyraźny zasób w regulacji afektywnej, nawet w konfrontacji z doświadczeniami traumatycznymi. Natomiast style pozabezpieczne same w sobie w znacznym stopniu przyczyniają się do rozwoju dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie w chronicznym stresie, czy w przypadku zaniedbania emocjonalnego. Uzyskane rezultaty spójne są z tymi jakie uzyskał Cuneyt Evren ze współpracownikami (Evren, i in., 2009). Badanie dotyczyło związku wczesnodziecięcych traum aleksytymii i uzależnienia od alkoholu. Analizie poddano wpływ następujących kategorii doświadczeń traumatycznych: przemoc emocjonalna, fizyczna, zaniedbanie, przemoc seksualna, próby samobójcze, okaleczenia, uszkodzenia ciała (*mutilation*). Autorzy dokonali podziału badanej grupy według poziomu aleksytymii na: uzależnionych od alkoholu (115 osób) oraz od innych substancji psychoaktywnych (44 osoby). Predyktorami wyższego poziomu aleksytymii były przemoc emocjonalna, jakiej doznali badani w dzieciństwie

(*emotional abuse*), oraz próby samobójcze. Badacze zwracają uwagę na związek przemocy emocjonalnej i zaniedbania z rozwojem, zwłaszcza jednego z wymiarów aleksytymii: trudności w identyfikacji emocji oraz z wynikiem ogólnym aleksytymii.

c)– związek stylów więzi z dysocjacją z mediatorem trauma

Jako pierwszy zbadano związek między bezpiecznym stylem więzi a skłonnością do dysocjacji, gdzie mediatorem były skumulowane doświadczenia traumatyczne. Najpierw potwierdzono relację między stylem bezpiecznym a skłonnością do dysocjacji. Przeprowadzono analizę krokową i w jej wyniku wykazano, że model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 170) = 16,68$; $p < 0,001$, i wskazuje, że **im bardziej bezpieczny styl więzi, tym mniejsza skłonność do dysocjacji** ($\beta = -0,299$; $p < 0,05$). Istotna jest również relacja między stylem bezpiecznym a mediatorem (nasilenie traum) ($\beta = -0,179$; $p < 0,05$), a cały model – dobrze dopasowany do danych: $F(1, 170) = 5,59$; $p < 0,05$. Wynik wskazujący mediację częściową został potwierdzony testem Sobela ($z = 2,12$; $p = 0,034$). Im więcej zdarzeń traumatycznych, tym słabszy obniżający wpływ bezpiecznego stylu więzi na poziom dysocjacji, **jednakże dalej istotny jest wpływ więzi na brak skłonności do dysocjacji**. Zaniedbanie emocjonalne, jako kolejny analizowany mediator, jak wynikało z przeprowadzonej analizy, obniża nieznacznie chroniącą funkcję bezpiecznego stylu więzi, jednak i tak nie znosi jego wpływu na skłonność do dysocjacji. Im bezpieczniejsze przywiązanie, tym istotnie niższa skłonność jednostki do dysocjowania ($z = 2,58$; $p = 0,009$).

W kolejnych analizach uwzględniono, jako zmienną niezależną, więź lękowo-ambiwalentną i wykazano, że model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 165) = 28,97$; $p < 0,001$. Oznacza to, że im bardziej lękowo-ambiwalentny styl więzi, tym silniejsza skłonność do dysocjacji ($\beta = 0,386$; $p < 0,05$). Istotna jest również relacja między stylem więzi a mediatorem ($\beta = 0,230$; $p < 0,05$), a cały model – dobrze dopasowany do danych: $F(1, 165) = 6,87$; $p < 0,001$. Wynik wskazujący na *mediację częściową* został potwierdzony testem Sobela ($z = 2,27$; $p = 0,023$). Obecność doświadczeń traumatycznych nieznacznie obniża wpływ lękowo-ambiwalentnej więzi na skłonność do dysocjowania w sytuacjach trudnych i stresogennych, jednak wciąż jest to silny związek. Wykazano także mediację częściową dla zaniedbania emocjonalnego we wpływie na rozwój skłonności do dysocjacji ($z = 2,38$; $p = 0,017$).

Weryfikując mediującą rolę doświadczeń traumatycznych w relacji do unikowego stylu więzi, przeprowadzono analizę, w wyniku której wykazano, że model jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 169) = 42,88$; $p < 0,001$, i wskazuje, że im bardziej unikowy styl więzi, tym silniejsza skłonność do dysocjacji ($\beta = 0,450$; $p < 0,05$). Istotna jest również

relacja między stylem więzi a mediatorem (trauma) ($\beta = 0,316$; $p < 0,05$), a cały model dobrze dopasowany do danych: $F(1, 169) = 13,89$; $p < 0,05$. Wykazano efekt pośredni traumy we wpływie na poziom dysocjacji ($z = 2,74$; $p = 0,0062$). Podobne analizy przeprowadzono dla zaniedbania emocjonalnego. Także wykazano wpływ zaniedbania emocjonalnego na skłonność do dysocjacji - mediacja częściowa ($z = 2,62$; $p = 0,008$).

Najsilniejszy związek między stylami więzi a skłonnością do dysocjacji uzyskano w odniesieniu do stylu unikowego. Jednakże podobnie jak w odniesieniu do aleksytymii wykazałam, że style więzi są tymi, które sprzyjają rozwojowi skłonności do patologicznej dysocjacji. Trauma pełni funkcje wzmacniające, ale nie jest dominującym predyktorem dla rozwoju dysocjacji. Otrzymane rezultaty są spójne z tymi jakie otrzymała Doris Nillson i współpracownicy (2011). W badaniu zastosowano Kwestionariusz stylów więzi dorosłych i weryfikowano stopień, w jakim styl więzi modyfikuje poziom dysocjacji w przypadku traumy. Pod uwagę wzięto trzy rodzaje zdarzeń potencjalnie traumatycznych: nieintencjonalne (np. wypadek), intencjonalne (przemoc, gwałt) oraz doznane w dzieciństwie (np. zaniedbanie emocjonalne). Badacze wykazali, że style więzi w większym stopniu niż trauma wyjaśniają skłonność do dysocjacji. Natomiast, podobnie jak w przypadku analiz wykonanych wyżej, więź bezpieczna chroni przed konsekwencjami psychologicznymi w przypadku doznania traumy. U osób z tym stylem więzi występuje też niższy poziom dysocjacji.

d) związek traumy z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem aleksytymia

Badając rolę awersyjnych doświadczeń na skłonność do uzależnienia w zaprezentowanym modelu wprowadzono jako mediator aleksytymię. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 209) = 39,78$; $p < 0,001$, i wskazywał, że im więcej traum, tym większa skłonność do uzależnienia ($\beta = 0,403$; $p < 0,05$). Wykazano mediację częściową aleksytymii w związku trauma – uzależnienie ($z = 2,39$; $p = 0,017$). Kolejnej analizie poddano osobno wpływ trudności w identyfikacji emocji (TAS- 1; $z = 2,47$; $p = 0,013$) oraz trudności w werbalizacji emocji (TAS -2; $z = 3,23$; $p = 0,012$). Okazało się, że istotne są te dwa podwymiary aleksytymii (TAS-1, TAS-2) oraz aleksytymia jako całość – jako mediator częściowy relacji natężenie doświadczeń traumatycznych–uzależnienie od alkoholu. Nie wykazano mediacji ($z = 1,33$; $p = 0,1834$) dla trzeciego wymiaru aleksytymii TAS-3 – operacyjny styl myślenia. **Jest to bardzo interesujący wynik, który pokazuje, że konstrukt aleksytymii nie jest konstruktem jednorodnym w swoim wpływie na uzależnienie.** Kiedy jako zmienną niezależną wprowadzono zaniedbanie emocjonalne okazało się, że model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 226) = 27,09$; $p < 0,001$, i wskazywał,

że im silniejsze zaniedbanie emocjonalne, tym większa skłonność do uzależnienia ($\beta = 0,327$; $p < 0,05$). Wprowadzenie mediatora, aleksytymii jako całości osłabiło wpływ zaniedbania emocjonalnego, ale jedynie częściowo ($z = 3,17$; $p = 0,0015$). Analizie poddano także niezwykle ważny rodzaj traumy, jakim jest zagrożenie życia, i mediacyjną rolę aleksytymii we wpływie na uzależnienie. Wykazano istotną bezpośrednią zależność zagrożenia życia i uzależnienia od alkoholu ($\beta = 0,216$; $p < 0,05$): $F(1, 222) = 10,89$; $p < 0,05$. W drugim kroku testowano relację między zagrożeniem życia a aleksytymią TAS-1. Relacja ta okazała się istotna ($\beta = 0,141$; $p < 0,05$), a model dopasowany do danych: $F(1, 222) = 4,78$; $p < 0,05$. mediator jest także silnie powiązany ze zmienną zależną (uzależnieniem) ($\beta = 0,307$; $p < 0,05$): $F(2, 221) = 22,74$; $p < 0,05$; ($z = 1,98$; $p = 0,048$). Podobną istotność wykazano w odniesieniu do TAS-2 ($z = 2,61$; $p = 0,0089$). Aleksytymia okazała się istotnym czynnikiem wpływającym na proces kumulacji napięcia psychicznego i rozładowywania go w sposób impulsywny, między innymi za pomocą środków psychoaktywnych, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów (Evren i in., 2009; Craparo, i in., 2014).

e): związek traumy z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem dysocjacja

Na początku sprawdzono relację trauma–dysocjacja–uzależnienie. Potwierdzono bezpośrednią zależność natężenia doświadczeń traumatycznych i poziomu uzależnienia od alkoholu. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 191) = 36,86$; $p < 0,001$, i wskazywał, że im więcej doświadczeń traumatycznych, tym silniejsza skłonność do uzależnienia od alkoholu ($\beta = 0,402$; $p < 0,05$). Wykazano mediację częściową dysocjacji ($z = 2,56$; $p = 0,011$). Im wyższy poziom skłonności do dysocjacji, tym słabszy bezpośredni wpływ traumy na uzależnienie od alkoholu. Oznacza to, że niezwykle ważnym predyktorem jest sposób radzenia sobie ze skutkami traum. Im bardziej dominuje radzenie sobie przez unieważnianie i blokowanie przeżywania traumy, tym silniejszy jest poziom napięcia psychicznego, który może być rozładowywany przez używki. Równie istotny okazał się związek podwymiarów dysocjacji w relacji trauma – uzależnienie. Intersujące wyniki uzyskano dla wymiaru amnezja. Jej związek zarówno z traumą jak i z uzależnieniem był najsilniejszy.

f) związek aleksytymii z uzależnieniem z mediatorem dysocjacja

W celu sprawdzenia, czy poziom dysocjacji jest mediatorem relacji między aleksytymią a poziomem uzależnienia od alkoholu, wykonano analizę mediacyjną. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 189) = 30,26$; $p < 0,001$, i wskazywał, że im wyższy poziom aleksytymii, tym silniejsze uzależnienie od alkoholu ($\beta = 0,372$; $p < 0,05$). Wykazano mediację częściową ($z = 3,18$; $p = 0,0015$). W części badań zwracano uwagę na znaczenie

wymiaru TAS-1 – trudności w identyfikacji emocji, i/lub TAS-2 – trudności w werbalizowaniu emocji; z tego powodu do modelu zostały wprowadzone osobno wymiary dotyczące TAS-1 i TAS-2. Model, gdzie zmienną niezależną jest TAS – 1, a zależną uzależnienie, jest dobrze dopasowany do danych: $F(1, 205) = 25,65$; $p < 0,001$ ($\beta = 0,333$; $p < 0,05$). Cały model jest istotny statystycznie ($z = 3,41$; $p = 0,0007$). Wykazano mediację częściową. Podobne analizy przeprowadzono z TAS-2. Model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(1, 201) = 35,39$; $p < 0,001$ ($\beta = 0,402$; $p < 0,05$). Wynik wskazujący na mediację poziomu dysocjacji na uzależnienie od alkoholu został potwierdzony testem Sobela ($z = 3,16$; $p = 0,0016$). W odniesieniu do trzeciego wymiaru aleksytymii TAS-3 również przeprowadzono analizę mediacji, jednakże model okazał się nieistotny statystycznie ($z = 0,67$; $p = 0,51$).

W interesujących badaniach przeprowadzonych przez Evrena i współpracowników (2008) na grupie 176 mężczyzn uzależnionych od alkoholu weryfikowano także związek aleksytymii z dysocjacją. Wysoki poziom aleksytymii zdiagnozowano u 53 pacjentów, a w tej grupie 62,3% osób charakteryzowało się patologicznym poziomem dysocjacji. Określając związek aleksytymii z dysocjacją, badacze dowiedli, że najsilniej koreluje z dysocjacją wymiar aleksytymii dotyczący trudności z identyfikacją emocji.

Podsumowując ten cykl analiz można stwierdzić z dużą dozą pewności, że **w przypadku modelu dotyczącego roli bezpiecznego stylu więzi wykazano, że przyczynia się on do zmniejszenia podatności na uzależnienia, co więcej – stanowi ważny czynnik regulacji afektu w przypadku doświadczeń traumatycznych, związanych z zaniedbaniem emocjonalnym czy przemocą emocjonalną. Bezpieczny styl więzi wręcz determinuje brak skłonności do aleksytymii.** Afektywne ciepło, akceptacja i emocjonalna dostępność umożliwiają rozwój silnej ufności i skuteczne radzenie sobie w sytuacjach stresowych czy traumatycznych. Twierdzenie to zostało potwierdzone w przeprowadzonych analizach mediacyjnych, gdzie weryfikowano modyfikującą rolę doświadczeń traumatycznych i ich poszczególnych rodzajów w relacji bezpieczny styl więzi–aleksytymia. W każdej z analizowanych mediacji można było stwierdzić mediację częściową i jedynie nieznaczne obniżenie wpływu stylu więzi, przy istotności całego modelu mediacji. Bardzo interesujące w tym kontekście są wyniki badań Zeinalego i współpracowników (2011), którzy wykazali, że autorytatywny styl wychowania bardzo silnie wiąże się z bezpiecznym stylem więzi, ten zaś – z wysokim poziomem zdolności do samoregulacji i niską skłonnością do uzależnień od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. W badaniach przeprowadzonych przeze mnie, aleksytymia traktowana jest jako wskaźnik deficytów zdolności do

mentalizowania i pośrednio wskaźnik zaburzeń samoregulacji. Im niższy poziom aleksytymii, tym wyższa zdolność do efektywnego zarządzania poznawczym wymiarem regulacji emocjonalnej. Z tym też wiąże się brak skłonności do dysocjacji i niezwykle istotna rola wzmacniająca bezpiecznej więzi w radzeniu sobie z doświadczeniami traumatycznymi. Jednakże wówczas, gdy do modelu wprowadzono dwa mediatory: natężenie traum oraz aleksytymię, okazało się, że istotnie modyfikują one rolę bezpiecznego stylu więzi w skłonności do rozwoju uzależnienia. Przestaje on pełnić tak znaczne funkcje chroniące, jakie można było zaobserwować w przypadku analiz z pojedynczymi mediatorami. W kolejnej analizie badano rolę pozabezpiecznych stylów więzi w rozwoju predyspozycji do aleksytymii. Poza tym istotne było także uwzględnienie roli traumy w takiej konfiguracji. Zgodnie z przewidywaniami bezpośredni wpływ stylu więzi na skłonność do uzależnień jest istotny. Niski poziom ciepła i responsywności ze strony rodziców, nieprzewidywalność, brak zaufania do siebie i innych czy wysoki poziom lęku mogą skutkować zaburzeniami afektywnymi, przejawianymi m.in. jako skłonność do uzależnienia. Style te, będąc predyktorem zaburzeń w rozwoju regulacji afektywnej, w połączeniu z doświadczeniami traumatycznymi istotnie wpływają na skłonność do uzależnień. Wpływ stylów więzi, zarówno lękowo-ambiwalentnego, jak i unikowego, na tendencje do rozwoju aleksytymii jest bardzo silny. Co interesujące, trauma nie jest istotnie związana z rozwojem skłonności do aleksytymii w modelu, gdzie zmienną niezależną główną jest lękowo-ambiwalentny styl więzi. Oznacza to, że aleksytymia pierwotna kształtuje się na bazie tego stylu więzi i trauma nie wzmacnia już tych deficytów, a jeżeli nawet, to nieznacznie. Opisana zależność dotyczy zarówno aleksytymii mierzonej jako całość, jak i poszczególnych jej wymiarów, w odniesieniu do natężenia doświadczeń traumatycznych oraz do poszczególnych rodzajów aleksytymii. Biorąc pod uwagę debatę dotyczącą genezy aleksytymii, można uznać, że sensowne jest wyodrębnienie trzech rodzajów aleksytymii: pierwotnej, wtórnej i organicznej (Messina i in., 2014). Poza tym opisane deficyty wiążą się z zaburzeniami samoregulacji i tym samym ze skłonnością do uzależnień. Równie interesująca jest analiza rezultatów skupiających się na unikowym stylu więzi i jego roli w etiopatogenezie skłonności do uzależnień oraz wpływie na rozwój aleksytymii. W przypadku tego stylu więzi istotne jest to, że oprócz braku zaufania do rodziców występuje skłonność do odtrącania. Fakt ten skutkuje świadomością braku realnego wsparcia i realnej pomocy od ważnych osób. W efekcie powstaje przekonanie o konieczności radzenia sobie bez szukania pomocy u innych; dochodzi także do ukrywania przeżywanych emocji negatywnych i maskowania ich okazywaniem fałszywych emocji pozytywnych. Zgodnie zatem z oczekiwaniami, styl unikowy wiąże się zarówno ze skłonnością do

uzależnień przy mediującej roli traumy, jak i z aleksytymią, przy jednoczesnym braku związku natężenia traum z aleksytymią. Zależność ta jest równie silna w przypadku poszczególnych wymiarów aleksytymii. Oznacza to w istocie, że unikowy styl więzi najsilniej blokuje rozwój afektywny, co musi skutkować inwazyjnymi mechanizmami rozładowania napięcia afektywnego, m.in. przez uzależnienie. Wprowadzenie do modelu dwóch mediatorów: traumy i aleksytymii, podobnie jak w odniesieniu do bezpiecznego stylu więzi spowodowało, że ich wpływ na uzależnienie zmniejszył się do nieistotnego poziomu, a wzrosła rola mediatorów.

Podobnie jak w przypadku badania wpływu doświadczeń traumatycznych i aleksytymii w kontekście stylów więzi na rozwój skłonności do uzależnienia, w opisanych wyżej analizach wyłania się dosyć spójny obraz zależności. Są one w znacznym stopniu uzasadnione teoretycznie. Przy weryfikacji wpływu stylu więzi na skłonność do dysocjacji, uwzględnienie wpływu mediacyjnego traumy nie spowodowało zmiany udziału stylu więzi bezpiecznego na skłonność do dysocjacji, chociaż same doświadczenia traumatyczne wskazywały na istnienie takiego wpływu. Jednakże przy bezpiecznym stylu więzi nawet doświadczenia traumatyczne nie są w stanie w znaczny sposób wpłynąć na rozwój dysocjacji. Kolejne analizy także są zgodne z oczekiwaniami. Zarówno w odniesieniu do ambiwalentnego, jak i unikowego stylu więzi wykazano ich wpływ na rozwój tendencji do dysocjacji. Najsilniejszy związek występował wówczas, gdy analizowany był unikowy styl więzi, przy uwzględnieniu wpływu doświadczeń traumatycznych. Doświadczenia traumatyczne, uwzględniane w analizach mediacyjnych, częściowo modyfikowały bezpośredni wpływ więzi. Dlatego można by posłużyć się tu metaforą, że w życiu dziecka „*tak niewiele znaczy tak wiele*”. Trudna relacja powoduje zmiany neurobiologiczne i tym samym psychologiczne w funkcjonowaniu, które mogą przekładać się na dysfunkcjonalne automatyzmy w reagowaniu na stres. Następne analizy miały zatem na celu zweryfikowanie związku doświadczeń traumatycznych z uzależnieniem z uwzględnieniem wpływu dysocjacji. Również w tym przypadku przeprowadzone analizy potwierdziły założenia teoretyczne. Dopiero po wykonaniu tych analiz cząstkowych przeprowadzono analizy weryfikujące zależności między stylami więzi, traumą i dysocjacją a uzależnieniem.

Krok drugi – analizy uwzględniające dwa mediatory

Po przeprowadzeniu weryfikacji przyjętych hipotez badawczych omówionych wyżej przystąpiono do zbadania bardziej złożonych zależności. **Uważam tę część analiz za znaczny swój wkład w rozumienie złożonych mechanizmów rozwoju procesów afektywnych w kontekście uzależnienia.** Wykonano cztery typy analiz mediacji z dwoma

mediatorami, weryfikując rolę stylów więzi oraz traum w kontekście aleksytymii i dysocjacji we wpływie na uzależnienie. Posłużono się niestandardowym oknem dialogowym process Andrew Hayesa (2013). Przeprowadzono analizę przy użyciu modelu 6, który pozwala na przetestowanie podwójnej mediacji. Kolejno weryfikowane następujące modele teoretyczne:

a)- związek stylów więzi z uzależnieniem od alkoholu z mediatorem trauma i aleksytymia;
b)- związek stylów więzi z uzależnieniem z mediatorem trauma i dysocjacja; c)- związek stylów więzi z uzależnieniem z mediatorem dysocjacja i aleksytymia; d)- związek traumy z uzależnieniem z mediatorem dysocjacja i aleksytymia.

a)- związek stylów więzi z uzależnieniem od alkoholu z mediatorami traumą i aleksytymią

Zbadano, czy natężenie traum oraz aleksytymia istotnie mediuje zależność między stylem bezpiecznym a uzależnieniem od alkoholu. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 183) = 19,89$; $p < 0,001$; i wyjaśnia około 25% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz aleksytymii są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 183) = 14,60$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = -0,08$; $p = 0,32$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: natężenie traum ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$). Także weryfikacji poddano model, gdy zamiast natężenia traum badano wpływ zaniedbania emocjonalnego. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 199) = 16,36$; $p < 0,001$; i wyjaśnia około 20% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz aleksytymii są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatni etap analizy to określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie (aleksytymia i zaniedbanie emocjonalne). Model predykcji jest istotny: $F(3, 199) = 16,36$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = -0,11$; $p = 0,83$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,18$; $p < 0,05$) i aleksytymia ($\beta = 0,29$; $p < 0,05$).

Kolejne analizy przeprowadzono w odniesieniu do lękowo-ambiwalentnego stylu więzi. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 179) = 18,28$; $p < 0,001$;

wyjaśnia on około 24% wariancji uzależnienia od alkoholu. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 179) = 18,28$; $p < 0,001$.

Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,02$; $p = 0,76$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: natężenie traum ($\beta = 0,33$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$). Kiedy wprowadzono jako rodzaj traumy - zaniedbanie emocjonalne - model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 196) = 15,01$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 19% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz aleksytymii są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatnim krokiem była weryfikacja zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny $F(3, 196) = 15,01$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,08$; $p = 0,28$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,18$; $p < 0,05$) i aleksytymia ($\beta = 0,31$; $p < 0,05$).

Ostatnia z analiz dotyczyła więzi unikowej. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 181) = 18,74$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 24% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz aleksytymii są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 181) = 18,74$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,04$; $p = 0,64$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: natężenie traum ($\beta = 0,32$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,29$; $p < 0,01$). Podobne analizy wykonano dla rodzaju traumy - zaniedbanie emocjonalne. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 198) = 16,91$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 20% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz aleksytymii są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 198) = 16,91$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację częściową**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do poziomu $\beta = 0,18$; $p < 0,05$. Obie wprowadzone do modelu zmienne

mediują ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$) i aleksytymia ($\beta = 0,25$; $p < 0,05$).

Podsumowując przeprowadzoną analizę, można stwierdzić, że natężenie traum i poziom aleksytymii są istotnymi czynnikami ryzyka, sprzyjającymi wystąpieniu uzależnienia od alkoholu. Co więcej, wymienione zmienne obniżają do nieistotnego poziomu działanie czynnika ochronnego, jakim jest bezpieczny styl więzi. **Uzyskany wynik uznaję za bardzo ważny w kontekście rozumienia mechanizmów sprzyjających uzależnieniu i dobitnie wskazujący, że tak złożone kwestie jak regulacja emocji negatywnych przy pomocy używek należy rozpatrywać w kontekście wielu istotnych dla tego zjawiska zmiennych.** Z powyższej analizy wynika, że w sytuacji wystąpienia aleksytymii, która może powstać także na bazie bardzo silnych doznań związanych np. z długotrwałymi pobytami w szpitalu, ciężkimi obrażeniami ciała i stresem bojowym, czy stresem związanym z narażeniem na traumę zastępczą możliwe jest wystąpienie zaburzeń emocjonalnych, określanых jako aleksytymia wtórna (Messina i in., 2014), a tym samym pojawia się ryzyko problemowego, czy ryzykownego picia.

b)– związek stylów więzi z uzależnieniem z mediatorami trauma i dysocjacja;

Podobnie jak w odniesieniu do analiz zaprezentowanych wyżej weryfikowano związek wyróżnionych stylów więzi, jako zmiennej niezależnej głównej z uzależnieniem i mediatorami traumą i dysocjacją. Model, w którym zmienną niezależną była więź bezpieczna okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 168) = 16,91$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 20% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum oraz dysocjacji są znacznie silniejsze niż wielokrotna mediacja obu zmiennych. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zalezną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 168) = 14,27$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zalezną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = -0,10$; $p = 0,16$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediują ją istotnie statystycznie: natężenie traum ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$) i dysocjacja ($\beta = 0,22$; $p < 0,05$). Także w odniesieniu do zmiennej mediującej - zaniedbanie emocjonalne - model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 181) = 13,52$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 18% wariancji uzależnienia od alkoholu. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zalezną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 181) = 13,52$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zalezną zmniejszyła się do nieistotnego

poziomu ($\beta = -0,12$; $p = 0,16$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,14$; $p < 0,05$) i dysocjacja ($\beta = 0,30$; $p < 0,01$).

Kolejna analiza uwzględniała styl lękowo-ambiwalentny. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 163) = 12,84$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 19% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum i dysocjacji są silniejsze niż podwójna mediacja. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 163) = 12,84$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,11$; $p = 0,15$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: natężenie traum ($\beta = 0,25$; $p < 0,01$) i dysocjacja ($\beta = 0,19$; $p < 0,05$). Analizy w odniesieniu do mediatora - zaniedbanie emocjonalne potwierdziły, że model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 178) = 13,22$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 18% wariancji uzależnienia od alkoholu. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 178) = 13,22$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,13$; $p = 0,083$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$) i dysocjacja ($\beta = 0,28$; $p < 0,05$).

Ostatni z weryfikowanych związków dotyczył więzi unikowej. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 167) = 13,15$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 19% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje natężenia traum i dysocjacji są silniejsze niż podwójna mediacja. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 167) = 13,15$; $p < 0,01$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,08$; $p = 0,29$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: natężenie traumy ($\beta = 0,25$; $p < 0,01$) i dysocjacja ($\beta = 0,21$; $p < 0,05$). Podobne analizy przeprowadzono, gdy mediatorem było zaniedbanie emocjonalne. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 181) = 13,73$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 19% wariancji uzależnienia od alkoholu. Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncze mediacje dysocjacji oraz zaniedbania emocjonalnego są silniejsze niż podwójna mediacja. Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej

niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 181) = 13,73$; $p < 0,01$. Wykazano mediację częściową, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do poziomu $\beta = 0,14$; $p < 0,05$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: zaniedbanie emocjonalne ($\beta = 0,13$; $p < 0,05$) i dysocjacja ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$), jednakże nie eliminują całkowicie wpływu unikowego stylu więzi na rozwój skłonności do uzależnienia.

c)– związek stylów więzi z uzależnieniem z mediatorami dysocjacją i aleksytymią;

Omówione niżej analizy są niezwykle interesujące z uwagi na weryfikację roli dwóch czynników, pogłębiających konsekwencje doświadczeń awersyjnych z dzieciństwa. Jako pierwszy poddano analizie związek więzi bezpiecznej z uzależnieniem przy mediującym wpływie aleksytymii i dysocjacji. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 168) = 14,59$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 21% wariancji uzależnienia od alkoholu. Model predykcji jest istotny: $F(3, 168) = 14,60$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = -0,02$; $p = 0,83$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: dysocjacja ($\beta = 0,28$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,24$; $p < 0,05$). Im wyższy poziom skłonności do patologicznej dysocjacji oraz im wyższy poziom aleksytymii, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia. Co więcej, wymienione zmienne obniżają do nieistotnego poziomu działanie czynnika ochronnego, jakim jest bezpieczny styl więzi. Zatem nawet w przypadku jednostki, która doświadczała bezpiecznej relacji przywiązania, gdy z różnych powodów - przykładowo skomplikowanych operacji chirurgicznych; pracy w warunkach chronicznego przeciążenia; nagłych, powtarzających się czy intensywnych traum (np. strata wielu osób bliskich w wypadku) - jako sposób radzenia sobie pojawią się dysocjacja i wtórna aleksytymia, może dojść do uzależnienia się od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu.

Kolejny wprowadzony do modelu był lękowo-ambiwalentny styl więzi. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 165) = 14,08$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 20% wariancji uzależnienia od alkoholu. Po wprowadzeniu do modelu dysocjacji i aleksytymii, sam styl więzi okazuje się nieistotnym predyktorem, a większą rolę zaczynają odgrywać czynniki mediujące i to one są głównym czynnikiem ryzyka uzależnienia. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,05$; $p = 0,55$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: dysocjacja ($\beta = 0,26$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,23$; $p < 0,05$). Opisana zależność potwierdza wcześniejsze analizy, z tym że mediacja miała charakter

częściowy, gdy mediator był jeden. W sytuacji uwzględnienia dwóch ważnych czynników, to one odpowiadają w większym stopniu za rozwój skłonności do uzależnienia. Podsumowując przeprowadzoną analizę, można stwierdzić, że poziomy dysocjacji i aleksytymii są istotnymi czynnikami ryzyka wystąpienia uzależnienia od alkoholu.

I ostatni analizowany w tym cyklu analiz - unikowy styl więzi. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 168) = 14,64$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 21% wariancji uzależnienia od alkoholu. Po wprowadzeniu do modelu dysocjacji i aleksytymii, styl więzi przestaje być czynnikiem wyjaśniającym rozwój uzależnienia, a większą rolę zaczynają odgrywać dysocjacja i aleksytymia i to one stają się tymi, które wzmacniają to ryzyko. Model predykcji jest istotny: $F(3, 168) = 14,63$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację całkowitą**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zalezną zmniejszyła się do nieistotnego poziomu ($\beta = 0,03$; $p = 0,75$). Obie wprowadzone do modelu zmienne mediuje ją istotnie statystycznie: dysocjacja ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$) i aleksytymia ($\beta = 0,24$; $p < 0,05$). Oczywiście trzeba mieć świadomość bazy, na jakiej rozwija się skłonność do dysocjacji czy aleksytymii; w przypadku aleksytymii pierwotnej wiadomo, że do wystąpienia deficytów w identyfikacji i werbalizacji emocji niezbędne jest pozabezpieczne przywiązanie. Następne analizy przeprowadzono, wprowadzając jako zmienną niezależną główną traumę.

d)- związek traumy z uzależnieniem z mediatorem dysocjacją i aleksytymią

W celu sprawdzenia, czy poziom dysocjacji i aleksytymii może mediuować relację między natężeniem traum a uzależnieniem od alkoholu, posłużono się, podobnie jak w poprzednich analizach, niestandardowym oknem dialogowym process Hayes (2013), wykorzystując podobnie jak wcześniej, model 6. Model, w którym zmienną niezależną jest trauma a zalezną uzależnienie okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 173) = 18,83$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 25% wariancji uzależnienia od alkoholu. Pierwszym krokiem było określenie zależności między zmienną niezależną a zalezną. W tym przypadku model jest istotny: $F(1, 175) = 31,84$; $p < 0,05$. Siła wpływu natężenia doświadczeń traumatycznych na poziom uzależnienia od alkoholu wynosi $\beta = 0,39$; $p < 0,001$. Oznacza to, że im większe natężenie doświadczeń traumatycznych, tym większe ryzyko rozwoju uzależnienia od alkoholu. Spośród efektów pośrednich potwierdzono istnienie tylko drugiego efektu, w którym uwzględniono zarówno dysocjację, jak i aleksytymię (effect = 0,0404 < 0,0133; 0,0840>). Drugim krokiem było sprawdzenie zależności między zmienną niezależną a pierwszym mediatorem, którym jest dysocjacja. Model jest istotny: $F(1, 175) = 29,84$; $p < 0,05$, a natężenie traum wpływa na rozwój skłonności do patologicznej dysocjacji ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$). Trzeci krok polegał na sprawdzeniu zależności między zmienną niezależną oraz

pierwszym mediatorem a drugim mediatorem, którym jest aleksytymia. Model jest istotny: $F(2, 174) = 18,72$; $p < 0,001$, a **natężenie traum nie wpływa w nim na poziom aleksytymii** ($\beta = 0,03$; $p = 0,67$), **natomiast dysocjacja zwiększa podatność na jej rozwój** ($\beta = 0,43$; $p < 0,001$). Ostatnim krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 173) = 18,84$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację częściową**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do poziomu $\beta = 0,32$; $p < 0,001$. Z wprowadzonych do modelu zmiennych tylko **poziom aleksytymii okazuje się istotnym mediatorem** ($\beta = 0,23$; $p < 0,05$), podczas gdy poziom dysocjacji jest w tym modelu mediatorem nieistotnym ($\beta = 0,12$; $p = 0,11$).

Podobną analizę przeprowadzono dla rodzaju traumy - zaniedbanie emocjonalne. Model okazał się dobrze dopasowany do danych: $F(3, 185) = 17,80$; $p < 0,001$, i wyjaśniał około 22% wariancji uzależnienia od alkoholu. Potwierdzono istnienie pierwszego i drugiego efektu pośredniego spośród następujących: 1) dysocjacji (effect = $0,0726 < 0,0218; 0,1648 >$); 2) dysocjacji i aleksytymii (effect = $0,0280 < 0,0093; 0,0628 >$); 3) aleksytymii (effect = $0,0257 < -0,0020; 0,0742 >$). Dodatkowa analiza kontrastu pokazała, że pojedyncza mediacja dysocjacji jest silniejsza niż podwójna mediacja, która jest również istotna statystycznie. Pierwszym krokiem było określenie zależności między zmienną niezależną a zależną. W tym przypadku model jest istotny: $F(1, 187) = 20,00$; $p < 0,05$. Siła wpływu zaniedbania emocjonalnego na poziom uzależnienia od alkoholu wynosi $\beta = 0,32$; $p < 0,001$. Im silniejsze zaniedbanie emocjonalne, tym większe ryzyko rozwoju uzależnienia od alkoholu. Drugim krokiem było sprawdzenie zależności między zmienną niezależną a pierwszym mediatorem, którym jest dysocjacja. Model jest istotny: $F(1, 187) = 20,53$; $p < 0,001$, a zaniedbanie emocjonalne wpływa na rozwój skłonności do dysocjacji ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$). Trzeci krok polegał na sprawdzeniu zależności między zmienną niezależną oraz pierwszym mediatorem a drugim mediatorem, którym jest aleksytymia. Model jest istotny: $F(2, 186) = 20,29$; $p < 0,001$, a zaniedbanie emocjonalne nie wpływa w nim na poziom aleksytymii ($\beta = 0,12$; $p = 0,12$), natomiast dysocjacja zwiększa podatność na jej rozwój ($\beta = 0,37$; $p < 0,001$). Czwartym krokiem było określenie zmiany we wpływie zmiennej niezależnej na zależną, przy włączeniu do modelu dwóch mediatorów jednocześnie. Model predykcji jest istotny: $F(3, 185) = 17,80$; $p < 0,001$. Wykazano **mediację częściową**, ponieważ siła wpływu zmiennej niezależnej na zależną zmniejszyła się do poziomu $\beta = 0,20$; $p < 0,001$. Z wprowadzonych do modelu zmiennych, zarówno poziom aleksytymii, jak i poziom dysocjacji są istotnymi mediatorami, odpowiednio $\beta = 0,22$; $p < 0,05$ i $\beta = 0,21$; $p < 0,05$. Przeprowadzona analiza

wskazuje na to, że zaniedbanie emocjonalne zwiększa ryzyko dysocjacji oraz uzależnienia od alkoholu, lecz nie wpływa na rozwój aleksytymii, aczkolwiek wpływa na poziom dysocjacji. Po wprowadzeniu do modelu dwóch mediatorów okazało się, że zarówno aleksytymia, jak i dysocjacja wpływają na ryzyko uzależnienia, zmniejszając przy tym siłę wpływu zaniedbania emocjonalnego na uzależnienie, która mimo wszystko jest istotna statystycznie. Przeprowadzone powyżej analizy cząstkowe przybliżające do weryfikacji całego modelu teoretycznego uważam za swój znaczny wkład w rozumienie uzależnienia w kontekście konfiguracji poszczególnych analizowanych czynników. Nowość i heurystyczność przeprowadzonych analiz polega na odpowiedzi na kluczowe pytania o rodowód aleksytymii i dysocjacji w kontekście stylów więzi i traumy, i na odpowiedzi o rolę stylów więzi i traumy przy wpływie aleksytymii i dysocjacji na skłonność do uzależnienia.

Etap drugi analiz

W drugim etapie testowano bardziej złożony model zależności odnoszący się do założeń teoretycznych o możliwych powiązaniach między wieloma zmiennymi. **Za swój największy wkład rozumieniu ścieżki etiologicznej sprzyjającej rozwojowi uzależnienia uważam przeprowadzone poniżej wnioskowanie.** W zakładanym modelu hipotetycznym uwzględniano jednocześnie zmienne, w odniesieniu do których sformułowano hipotezy badawcze: style więzi, traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, aleksytymię i dysocjację oraz poziom uzależnienia od alkoholu. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi, zastosowano technikę modelowania równań strukturalnych. Za pomocą modeli równań strukturalnych (AMOS, GLS) sprawdzono dopasowanie modelu pozwalającego wyjaśnić występowanie uzależnienia od alkoholu. Uzasadnieniem dla tak przedstawionych zależności były wcześniej przeprowadzone szczegółowe analizy. Model równolegle testowano dla trzech stylów więzi: bezpiecznego, lękowo-ambiwalentnego oraz unikowego. Pierwsze analizy potwierdziły satysfakcjonujące dopasowanie wszystkich modeli. W przypadku większości uzyskanych analiz w modelu, **dwie zależności okazały się nieistotne statystycznie: między stylami więzi oraz dysocjacją a uzależnieniem od alkoholu.** W związku z tym zdecydowano się na sprawdzenie dopasowania modeli po wyeliminowaniu tych ścieżek. Uzyskane rozwiązanie pozwoliło otrzymać modele lepiej dopasowane do danych. W celu sprawdzenia stabilności uzyskane modele bootstrapowano (1000 powtórzeń, dodatkowo uwzględniono poprawkę Bollena–Stine’a). Wnioskowanie oparto na 95% wartości przedziałów ufności.

W przypadku modelu dla stylu bezpiecznego poprawka Bollena–Stine’a potwierdziła

jego wysoką stabilność ($p = 0,063$). **Większość ścieżek w modelu okazała się istotna statystycznie.** W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano, że wzrost uzależnienia od alkoholu może być wyjaśniany wzrostem natężenia doświadczeń traumatycznych oraz nasileniem aleksytymii. Dokładna analiza Critical Ratios pokazała, że nasilenie zdarzeń traumatycznych jest istotnie silniejszym predyktorem uzależnienia niż aleksytymia ($CR = 4,29$). Dowiedziono także, że im silniejszy bezpieczny styl więzi, tym mniejsze nasilenie doświadczeń traumatycznych oraz niższy poziom skłonności do aleksytymii. Ponadto otrzymane rezultaty pozwalają na przyjęcie założenia, że na poziom dysocjacji wpływa skłonność do aleksytymii. Im wyższy jej poziom, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia skłonności do patologicznej dysocjacji. Natężenie doświadczeń traumatycznych jest także ważnym predyktorem dysocjacji. Bazując na uzyskanej wartości współczynnika CR stwierdzić można, że silniejszym predyktorem rozwoju dysocjacji jest występowanie aleksytymii. Jest to niezwykle interesujący rezultat. W modelu, zgodnie z założeniami teoretycznymi oraz analizami mediacyjnymi opisanymi we wcześniejszych rozdziałach, jedynie zależność między stylem bezpiecznym a dysocjacją i aleksytymią okazała się nieistotna. Efekt całkowity między bezpiecznym stylem więzi a dysocjacją wyniósł $-0,231$ i w większości może być wyjaśniany pośrednim wpływem aleksytymii oraz natężenia traum ($-0,189$). Warto nadmienić, że bezpieczny styl więzi nie sprzyja rozwojowi aleksytymii, jednakże deficyty w sferze rozpoznawania i rozumienia emocji mogą zrodzić się także w wyniku narażenia na zagrażające życiu zabiegi chirurgiczne lub inwazyjne traumy, których doświadcza się w wieku dorosłym (np. długotrwałe uwięzienie, tortury). Zaburzenia afektywne powstałe na bazie takich urazów traktuje się jako aleksytymię wtórną.

Kolejne analizy wykonano w odniesieniu do stylu lękowo-ambiwalentnego. W przypadku modelu dla tego stylu poprawka Bollena–Stine’a potwierdziła wysoką stabilność testowanego modelu ($p = 0,059$). Wszystkie testowane ścieżki w modelu okazały się istotne statystycznie. Zaobserwowano, że wzrost uzależnienia od alkoholu może być wyjaśniany zarówno wzrostem natężenia doświadczeń traumatycznych, jak i nasileniem aleksytymii. Dokładna analiza Critical Ratios pokazała, że nasilenie traum jest istotnie silniejszym predyktorem uzależnienia niż aleksytymia ($CR = 4,26$). Dowiedziono również, że styl lękowo-ambiwalentny wiąże się ze wzrostem natężenia doświadczeń traumatycznych, nasileniem aleksytymii oraz wzrostem skłonności do dysocjacji. Ponadto także w tym modelu wykazano, że styl więzi lękowo-ambiwalentny, aleksytymia oraz natężenie traum istotnie wpływają na poziom dysocjacji. Zgodnie z wartością współczynnika CR natężenie aleksytymii oraz wydarzenia traumatyczne znacznie silniej związane są z nasileniem

dysocjacji, niż styl więzi lękowo-ambiwalentny. Efekt całkowity między stylem lękowo-ambiwalentnym a dysocjacją wyniósł 0,302 i w połowie może być wyjaśniany pośrednim wpływem aleksytymii oraz natężenia traum (0,158), a w połowie zaś bezpośrednim wpływem stylu lękowo-ambiwalentnego. W przypadku testowania prawdziwości modelu z lękowo-ambiwalentnym stylem więzi, możemy zaobserwować istnienie wcześniej opisywanej zależności. Styl więzi przyczynia się do rozwoju aleksytymii i w pewnym stopniu wiąże się z narażeniem na traumy. Trauma i aleksytymia z kolei wzmacniają tendencję do rozwoju dysocjacji. **Ważące dla skłonności do uzależnienia są jednak poziom aleksytymii i natężenie doświadczeń traumatycznych.** Im silniejsza trauma, tym większa dysregulacja afektywna. Deficyty w trafnym opracowywaniu pobudzenia zwrotnie aktywizują stres i napięcie. Dostępność alkoholu i szybkie działanie uwalniające stany napięcia skłaniają z pewnością do sięgania po używkę.

W ostatnim testowanym modelu główną zmienną niezależną był unikowy styl więzi. W przypadku modelu dla stylu unikowego poprawka Bollena–Stine’a potwierdziła jego wysoką stabilność ($p = 0,132$). Wszystkie testowane ścieżki w modelu okazały się istotne statystycznie. Zaobserwowano, że wzrost uzależnienia od alkoholu może być wyjaśniany zarówno wzrostem natężenia doświadczeń traumatycznych, jak i nasileniem aleksytymii. Dokładna analiza Critical Ratios pokazała, że **nasilenie wydarzeń traumatycznych jest istotnie silniejszym predyktorem uzależnienia niż aleksytymia** ($CR = 4,10$). W wyniku przeprowadzonej analizy dowiedziono również, że im bardziej unikowy styl więzi, tym silniejsze natężenie wydarzeń traumatycznych oraz wyższy poziom aleksytymii i dysocjacji. Podobnie jak w przypadku stylu lękowo-ambiwalentnego, poziom dysocjacji jest warunkowany przez unikowy styl więzi, poziom aleksytymii oraz natężenie doświadczeń traumatycznych. Zgodnie z wartością współczynnika CR natężenie aleksytymii oraz natężenie traum są znacznie silniejszym predyktorem skłonności do dysocjacji niż sam wpływ unikowego stylu więzi. Efekt całkowity między unikowym stylem więzi a dysocjacją wyniósł 0,335 i w większości może być wyjaśniany pośrednim wpływem aleksytymii oraz natężeniem traum (0,197), w drugiej części zaś bezpośrednim wpływem stylu unikowego (0,138). Dokładna analiza wartości między poszczególnymi badanymi zmiennymi pozwala na potwierdzenie założenia weryfikowanego wcześniej, że najsilniejszy negatywny wpływ na rozwój strategii regulacji afektu i rozwój emocjonalny w ogóle ma unikowy styl więzi. Związek między tym stylem więzi a rozwojem aleksytymii jest bardzo silny. Od strony psychologicznej można by stwierdzić, że analfabetyzm emocjonalny, powstały na bazie tak trudnej relacji przywiązaniowej, zwiększa ryzyko psychopatologii.

Zaprezentowane wyżej modele poddane testowaniu są spójne, jeśli chodzi o pokazanie związków między aleksytymią, traumą i dysocjacją. Fakt ten jest interesujący z perspektywy włączania tych zmiennych do grupy czynników pozwalających na opisywanie i wyjaśnianie mechanizmów współdziałających w utrzymywaniu się zaburzeń afektywnych, nie tylko widocznych w postaci objawu, jakim jest skłonność do uzależnienia od alkoholu. Co ciekawe, w modelu pierwotnym założyłam - zgodnie z teoretycznym uzasadnieniem oraz wynikami licznych badań - bezpośredni wpływ stylów więzi na zaburzenia regulacji afektywnej. W wyniku przeprowadzonej analizy ścieżek okazało się, że model ten jest trafnie dopasowany do danych, ale tylko wówczas, gdy zostanie zeń usunięta ścieżka wpływu dotycząca bezpośredniego związku stylu więzi z uzależnieniem. Wpływ ten jest pośredni i z jednej strony wynika z deficytów afektywno-poznawczych, czyli z aleksytymii, a z drugiej – z natężenia doświadczeń traumatycznych. Nie stwierdzono bezpośredniego wpływu dysocjacji na rozwój skłonności do uzależnienia wówczas, gdy uwzględnimy zmienne kontekstowe: aleksytymię i traumę. Wpływ ten jest pośredni, mianowicie im wyższy poziom aleksytymii (trudności w identyfikacji emocji) i traum, tym głębszy poziom dysocjacji. Zwrotnie może to wpływać na zaburzenia identyfikacji i rozumienia afektu, gdyż depersonalizacja i derealizacja w istocie powodują odłączenie od ciała, a tym samym od trafnego rozpoznawania fizjologicznych korelatów emocji, co pogłębia stres i kieruje uwagę na czynniki zewnętrzne, nie zaś na procesy intrapsychiczne (operacyjny styl myślenia). Zważywszy na to, że rodowodu aleksytymii upatruje się w lękowych stylach więzi, deficyty te można uznać za bardzo istotny czynnik, nie tylko wzmacniający zniekształcenia w odbiorze informacji emotogennych, lecz także przyczyniający się do dekompensacji na poziomie neurofizjologicznym. Im bardziej lękowe przywiązanie, tym silniejsze zaburzenia i tym większe ryzyko narażenia na traumy, zarówno te relacyjne (w tym traumy zdrady przez małe „t”), jak i traumy przez duże „T”. Jak wskazuje Schore (2009b), w wyniku chronicznego stresu, w jakim wychowuje się dziecko, dochodzi do niewydolnej regulacji AUN przez wyższe ośrodki w OUN, co przejawia się jako zaburzenie ośrodkowej regulacji układu współczulnego i osi podwzgórze–przysadka–kora nadnerczy. *„Utrata takiej regulacji oznacza, że w sytuacji stresu tryb skojarzonej wzajemnej kontroli autonomicznej ustępuje miejsca trybowi skojarzonej niewzajemnej kontroli autonomicznej, wskutek czego powstaje stan niezwykle wysokiego pobudzenia układów zarówno współczulnego, jak i przywspółczulnego”* (Schore, 2009b, s. 94).

Nie oznacza to oczywiście w czystej postaci, że każdy, kto doświadczył lękowych więzi, musi mieć określone deficyty w regulacji afektywnej, które w prostej linii skutkować

muszą skłonnością do uzależnień. Wskazuje jedynie, że mamy do czynienia z wysokim ryzykiem rozwoju psychopatologii na bazie zaburzeń w regulacji afektywnej. Konkretnie zaburzenia mogą przybierać postać zindywidualizowanych objawów, u podłoża których zawsze jednak leży traumatyczny rozwój. Zarówno aleksytymia, jak i dysocjacja stają się u dziecka, a potem - w trakcie rozwoju - u osoby dorosłej, samoistnym czynnikiem zwiększającym ryzyko rozwoju zaburzeń po traumie -PTSD, cPTSD, czy też innych zaburzeń psychicznych. W rozpatrywaniu ich genezy, jak wynika z weryfikowanego modelu, powinny być uwzględniane. Dysocjacja uznana jest za cechę obecną w pourazowych zaburzeniach. Warto jednak mieć na uwadze wzajemne związki aleksytymii i dysocjacji w etiopatogenezie m.in. PTSD, na co wskazują wyniki wielu badań, także polskich. Wyniki badań własnych w tym obszarze omówię w części dotyczącej pozostałych osiągnięć naukowo – badawczych. W dalszej części przedstawię wyniki kolejnego badania.

Trauma, temperament, aleksytymia i dysocjacja u osób uzależnionych od alkoholu.

Mediacyjny model zależności

Wyniki analiz omówionych wyżej, zachęciły mnie do zaprojektowania kolejnego badania, w którym postanowiłam uwzględnić zmienną z poziomu biologicznego, czyli temperament (Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, 2018). Od strony biologicznej podatność na regulowanie emocji przez używki (w tym alkohol) zależy od cech temperamentu lub według koncepcji Cloningera cech charakteru (Cloninger i in., 1996). Poszukiwanie doznań to, według Marvinna Zuckermana (2007), potrzeba doświadczania nowych, złożonych wrażeń i doświadczeń oraz gotowość do podejmowania ryzyka społecznego i fizycznego w celu dostarczenia sobie tego typu doświadczeń. Pozytywny stan emocjonalny powstaje dzięki zapewnianiu sobie takich doświadczeń, które w optymalny sposób stymulują układ nerwowy. Z badań przeprowadzonych na zwierzętach wynika, że układ limbiczny oraz układy monoaminowe sterują zachowaniami, które Zuckerman nazywa poszukiwaniem doznań. Badania Zuckermana wskazują, że poszukiwanie doznań zależy od poziomu katecholamin - adrenaliny, noradrenaliny i dopaminy w obszarach układu limbicznego oraz poziomu oksydazy monoaminowej (MAO) płytek krwi. Enzym MAO blokuje działanie katecholamin, obniżając ich poziom i w efekcie doprowadza do spadku aktywności zachowania. Zuckerman traktuje enzym MAO jako czynnik hamujący poszukiwanie doznań i wskazuje na ujemną zależność między tymi dwiema zmiennymi (Zuckerman, 2007). Z wyników innego badania (Crawford i in., 2003) można wnosić, że cecha poszukiwania doznań pozwala przewidywać

rozwój nadużywania alkoholu już od wczesnej adolescencji. Osoby sięgające po alkohol w okresie dorastania (Pocuca i in., 2018), w okresie późniejszej dorosłości nie rozwiną tej skłonności w tak znacznym stopniu, jak osoby z wysokim poziomem poszukiwania doznań. Warto zaznaczyć, że szczytowym okresem dla rozwoju zachowań ryzykownych, takich, jak rozwój uzależnień od alkoholu jest okres wczesnej dorosłości. Dzieje się tak ze względu na asymetrię rozwojową (*developmental asymmetry*), czyli osiągnięcia wczesnego szczytu cechy poszukiwania doznań, w połączeniu z nierozwiniętym mechanizmem modulacji emocji (McCabe, Louie i King, 2015). Zgodnie z wynikami badań tych autorów, osoby, które charakteryzował wysoki poziom poszukiwania doznań i niski poziom modulacji emocji osiągnęły najwyższy poziom w nadużywaniu alkoholu. Należy zatem uznać zapotrzebowanie na stymulację w okresie wczesnej dorosłości oraz zaburzenia regulacji afektu za krytyczny wskaźnik ryzyka rozwoju uzależnień oraz rozwoju korelujących z nimi zaburzeń psychicznych (Lyvers i in., 2018). Podobne rezultaty uzyskano badając dorosłe osoby uzależnione. Poszukiwanie nowości było pozytywnie skorelowane z anhedonią i uzależnieniem. (Martinotti, 2008). Jednakże w tym obszarze brakuje badań łączących czynniki ryzyka, czyli traumę, aleksytymię, dysocjację i temperament. **Mój wkład polegał na sprawdzeniu, w jaki sposób aleksytymia, dysocjacja oraz temperament badanie w skumulowanym wpływie mediuje relację natężenia traumy na poziom uzależnienia od alkoholu.** Zarówno aleksytymia jak i dysocjacja mogą być czynnikami wpływającymi na proces kumulacji napięcia psychicznego i tworzyć przy udziale temperamentu podłoże do rozładowywania napięcia w sposób impulsywny, między innymi przy pomocy środków psychoaktywnych. Impulsywno-kompulsywne zachowania, obserwowane u osób uzależnionych od alkoholu, stanowią patologiczną ekspresję jednostki, która jest zmuszona działać, opierając się na lękowo-dysforycznym stanie zbudowanym na bazie traumy relacyjnej okresu dziecięcego. Zachowania te mają na celu tworzenie samo uspokajających psychicznych schronień: są one ukształtowane w formę pewnych doświadczeń sensorycznych i odmiennych stanów świadomości, które są na początku używane w celu obrony, ale później prowadzą osobę do życia w ciągłym stanie zaabsorbowania i dysocjacji, co prowadzi do uzależnienia (Craparo i in., 2014).

W celu weryfikacji modelu teoretycznego przeprowadzono badanie, w którym poproszono o wypełnienie kwestionariuszy 201 osób, z trzech ośrodków uzależnień, z oddziałów grupowej terapii uzależnienia od alkoholu, w tym 67 kobiet (33,3% badanych) i 134 mężczyzn (66,7% badanych) w Warszawie. Osoby badane miały od 18 do 68 lat ($M=32,81$; $SD=12,12$). Podobnie, jak w poprzednim badaniu użyto kwestionariuszy do

pomiaru dysocjacji, aleksytymii, uzależnienia od alkoholu, oraz do badania Stylów Więzy w Dorosłości (RAAS, Collins 1996; Collins i Read, 1990), a do badania temperamentu, Kwestionariusz Temperamentu SSS-V (Zuckerman, Eysenck i Eysenck, 1978). Na podstawie kwestionariusza diagnozującego uzależnienie od alkoholu MAST, podzielono badanych na grupę kontrolną (wynik poniżej 4 punktów), grupę prawdopodobnie uzależnionych (wynik równy 4 punktom), oraz grupę uzależnionych (wynik powyżej 5 punktów). W grupie kontrolnej znalazło się 100 osób (49,8% badanych), w tym 40 kobiet i 60 mężczyzn, w wieku od 18 do 50 lat ($M=25,50$; $SD=7,40$). W grupie prawdopodobnie uzależnionych od alkoholu znalazły się 4 osoby (2,0% badanych) i byli to sami mężczyźni w wieku od 21 do 27 lat ($M=23,25$; $SD=2,63$). W grupie osób uzależnionych od alkoholu znalazło się 97 osób (48,3% badanych), w tym 27 kobiet i 70 mężczyzn, w wieku od 20 do 68 lat ($M=40,73$; $SD=11,28$). W badanej grupie uzależnionych, zaniedbanie emocjonalne wystąpiło u 56% osób, przemoc emocjonalna u 44%, przemoc fizyczna u 43,6% i fizyczne karanie u 41%, molestowanie seksualne u 7,8%, nadużycie seksualne u 8,3%. Natężenie tych doświadczeń jest istotnie wyższe, niż w grupie nieuzależnionych. Odpowiednio: 23%; 26%; 18%; 29,1%; 3,2% i 2,1%. Poziom natężenia doświadczeń traumatycznych w całej grupie wynosił $M=5,63$; $SD=3,82$. Poziom aleksytymii w badanej grupie wynosił $M=51,29$; $SD=14,00$. Wyniki dla poszczególnych skal: trudności w werbalizacji emocji $M=14,58$; $SD=4,72$; trudności w identyfikacji emocji $M=18,50$; $SD=6,61$; operacyjny styl myślenia $M=18,21$; $SD=4,79$. Dysocjacja wynik ogólny $M=53,26$; $SD=14,86$; amnezja $M=11,83$; $SD=3,70$; zaabsorbowanie $M=25,95$; $SD=7,78$; depersonalizacja $M=15,49$; $SD=5,36$. Poszukiwanie doznań, wynik ogólny $M=18,23$; $SD=5,98$; poszukiwanie grozy i przygód $M=5,33$; $SD=2,81$; poszukiwanie przeżyć wewnętrznych $M=5,59$; $SD=1,92$, rozhamowanie $M=4,29$; $SD=2,42$; podatność na nudę $M=3,02$; $SD=1,93$.

W odniesieniu do poziomu aleksytymii wykonano jednoczynnikową analizę wariancji w schemacie międzygrupowym (ANOVA). Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnice w przypadku ogólnego poziomu aleksytymii; $F(1,195)=51,505$; $p<0,001$ oraz w podskalach: trudność w identyfikacji uczuć $F(1,195)=43,824$; $p<0,001$; trudność w werbalizacji uczuć $F(1,195)=36,671$; $p<0,001$; i w odniesieniu do operacyjnego stylu myślenia $F(1,195)=27,589$; $p<0,001$). Podobną analizę wykonano w odniesieniu do dysocjacji. Wykazano istotne różnice w przypadku ogólnego poziomu natężenia dysocjacji; $F(1,195)=60,051$; $p<0,001$ oraz w odniesieniu do podwymiarów: zaabsorbowanie $F(1,195)=33,163$; $p<0,001$, depersonalizacja $F(1,195)=54,601$; $p<0,001$, amnezja $F(1,195)=55,267$; $p<0,001$). Średni wynik dla osób nieuzależnionych wynosił

M=46,02;SD=10,10 a dla osób uzależnionych wynosił M=60,23;SD=15,23. Osoby uzależnione od alkoholu przejawiały istotnie wyższy poziom natężenia traum (M=5,63; SD=3,82) niż badani nieuzależnieni od alkoholu (M=2,98; SD=1,97); $F(1, 195) = 24,585$; $p<0,001$). W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano także istotną różnicę w zakresie ogólnego poziomu poszukiwania doznań, który dla grupy uzależnionych od alkoholu wynosił (M=19,38; SD=6,5) a dla nieuzależnionych (M=17,00; SD=5,18); $F(1,195)=8,104$; $p<0,05$. Uzyskano istotnie wyższy wynik w zakresie rozhamowania wśród osób uzależnionych (M=5,49; SD=2,45), osoby nieuzależnione (M=3,18; SD=1,82); $F(1,195)=56,471$; $p<0,001$.

Uzyskane rezultaty stały się podstawą do skonstruowania **dwóch kolejnych modeli mediacji, z trzema mediatorami**. W pierwszym modelu, jako zmienną niezależną główną wprowadzono natężenie doświadczeń traumatycznych, a jako zmienne mediujące: aleksytymię, dysocjację oraz poszukiwanie doznań. Zmienną zależną główną był poziom uzależnienia od alkoholu. Za pomocą niestandardowego makra do SPSS Process Andrew Hayes'a (2013) wykonano analizę mediacji z trzema mediatorami (model 6), którymi są aleksytymia, dysocjacja i poszukiwanie doznań. Kolejność wprowadzania mediatorów do modelu wynikała z wcześniejszej analizy. Założony model z trzema mediatorami okazał się dobrze dopasowany do danych i istotny statystycznie $F(4,196)=35,1964$; $p<0,001$. Dla zrozumienia mechanizmu rozwoju skłonności do uzależnienia interesująca jest analiza poszczególnych efektów pośrednich. Istotne statystycznie okazały się efekty 1, 2 i 5. Pierwszy istotny efekt dotyczył związku natężenia doświadczeń traumatycznych i aleksytymii z poziomem uzależnienia od alkoholu (bootstrap confidence interval $<0,416$; $0,1583>$). Im wyższe natężenie traum, tym wyższy poziom aleksytymii ($a1=0,38$; $p<0,01$), co w rezultacie zwiększa ryzyko uzależniania ($b1=0,24$; $p<0,01$). Drugi istotny efekt pośredni (bootstrap confidence interval $<0,0127$; $0,0741>$) uwzględniający dysocjację, wskazuje na jej istotność z aleksytymią ($d21=0,38$; $p<0,01$) i aleksytymia i dysocjacja istotnie wpływają na wzrost tendencji do uzależnienia ($b2=0,25$; $p<0,01$). Ostatni istotny efekt 5 pośredni (bootstrap confidence interval $<0,378$; $0,1606>$) pokazywał wpływ doświadczeń traumatycznych i dysocjacji ($b2=0,25$; $p<0,01$) na tendencję do uzależnienia. **Podsumowując analizę omawianego modelu można stwierdzić, że aleksytymia i dysocjacja zarówno oddzielnie, czyli jako niezależne mediatory, jak i w podwójnej mediacji zwiększają tendencję do uzależnienia od alkoholu. W testowanym modelu uwzględniono zgodnie z założeniami teoretycznymi temperament, jednakże jego wpływ okazał się nieistotny. Z tego też względu postanowiono w kolejnej analizie mediacji uwzględnić jeden z wymiarów temperamentu – rozhamowanie, gdyż analiza macierzy korelacji ($r=0,544$) wskazywała na**

umiarkowanie silną korelację rozhamowania z uzależnieniem. Model okazał się istotny statystycznie $F(4,196)=52,1747$; $p<0,001$. W porównaniu do modelu poprzedniego, poza efektami 1,2 i 5 istotny okazał się również mediacyjny wpływ rozhamowania na uzależnienie (efekt 7), a także podwójna mediacja z dysocjacją (efekt 6) i efekt 4 łączący ze sobą wszystkie mediatory, które jak się okazuje w istotny sposób wpływały na zależność pomiędzy natężeniem doświadczeń traumatycznych a uzależnieniem. Najważniejszym istotnym efektem pośrednim w drugim modelu jest efekt 4 (bootstrap confidence intervals $<0,0017;0,0249>$) łączący wszystkie mediatory i uzasadniający wpływ wszystkich czynników łącznie, na tendencję do uzależnienia od alkoholu.

Uzyskany wynik jest spójny z cytowanymi wynikami dotyczącymi roli poszukiwania doznań w mechanizmie rozwoju uzależnienia. Zmiana wprowadzona w badaniu dotyczyła uwzględnienia nie tylko temperamentu, ale przede wszystkim patogenicznego działania wczesnodziecięcej traumy. Skłonność do uzależnienia od alkoholu jest związana zarówno z natężeniem traum, jak i z czynnikami biologicznymi, które poprzez zapotrzebowanie na stymulację oraz deficyty rozumienia i regulacji emocji (aleksytymia) mogą wyznaczać kierunek doboru strategii radzenia sobie z napięciem psychicznym i negatywnymi emocjami. Skłonność do patologicznej dysocjacji i blokowanie rozumienia i przeżywania emocji w perspektywie długofalowej skutkują tworzeniem ubogiej psychicznej reprezentacji emocji (Maruszewski, Ścigała, 1998). Można uznać, że wpływa to na zaburzenia i deficyty mentalizacji stanów emocjonalnych (Allen i in., 2014). Deficyty mentalizacji, w istocie blokują oparte na refleksji i samokontroli radzenie sobie z przeciwnościami życiowymi, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, nowych i stresowych. W takim rozumieniu skłonność do uzależnień należy rozumieć jako objaw radzenia sobie z chronicznym cierpieniem emocjonalnym. Uzależnienie jest wynikiem zaburzeń jednostki – jej niedojrzałości emocjonalnej, alkohol może być środkiem do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (Ryszkowski et al., 2015). Wykazano, że poznawczy wymiar aleksytymii, a w szczególności aspekt identyfikacji i różnicowania emocji, jest związany ze zwiększoną aktywacją tylnej części wyspy oraz przedniej i środkowej kory zakrętu obręczy. Łączy się także ze zmniejszoną aktywacją kory przedczołowej, ciała migdałowatego oraz przedniej części wyspy. Z kolei w wymiarze afektywnym niska pobudliwość emocjonalna wiąże się z większą objętością środkowej kory zakrętu obręczy, a ograniczone zdolności wyobrazeniowe z obniżoną aktywacją tylnej części kory zakrętu obręczy (Moriguchi et al., 2009; van der Velde et al., 2013). Wczesne, szkodliwe rozwojowo doświadczenia mogą pozostawiać po sobie stałą reaktywność fizjologiczną w obszarach limbicznych mózgu (Post, 1992). Emocjonalna i

społeczna deprywacja zakłóca normalny rozwój struktur synaptycznych i prowadzi do neurologicznych defektów będących podstawą dla późniejszych behawioralnych i poznawczych deficytów (Poeggel, Braun, 1996; Poeggel 1999). Pod wpływem skrajnego stresu, zarówno hiperaktywacja jak i hipoaktywacja korowych części prawej półkuli powoduje utratę zdolności do integracji procesów zmysłowych. Wczesne niekorzystne doświadczenia powodują wzrost wrażliwości na późniejsze stresujące wydarzenia i skutkują wzrostem indywidualnej podatności do rozwoju zaburzeń psychiatrycznych (Graham et al., 1999). Biorąc pod uwagę omówione wyżej rezultaty, postanowiłam sprawdzić, na ile aleksytymia oraz dysocjacja mogą być czynnikami istotnymi w jakości więzi romantycznych w dorosłości zakładając, że emocje negatywne, trudne do zrozumienia mogą z dużym natężeniem pojawiać się właśnie w takich relacjach.

Relacje między stylami więzi w dorosłości, aleksytymią i dysocjacją u osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjny model zależności

W modelu weryfikowanym w monografii wykazałam, że style więzi przyczyniają się znacznie do rozwoju aleksytymii oraz skłonności do patologicznej dysocjacji. Model teoretyczny poddany drobiazgowej weryfikacji empirycznej okazał się dobrze dopasowany do danych. Style więzi, zgodnie z analizą ścieżkową bezpośrednio nie wpływały na uzależnienie od alkoholu. Ich wpływ zapośredniczony był przez traumę, aleksytymię i dysocjację. To w jakich więziach wychowujemy się w dzieciństwie przekłada się na to jakie więzi będziemy tworzyć w dorosłości. Więzy w dorosłości są względnie stałe i stabilne oraz wpływają na postawy, emocje, procesy samoregulacji oraz strategie behawioralne w relacjach romantycznych (Mikulincer, i Shaver, 2007; Gillath, i Shaver, 2007). Faktem jest, że więzi w dzieciństwie osób uzależnionych były pełne lęku, niepewności i odrzucenia. Stąd rozwój aleksytymii i skłonność do dysocjacji. Nadużywanie substancji psychoaktywnych można potraktować jako konsekwencję zaburzeń w procesie regulacji emocji (Taylor et al., 1997). Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych (alkoholu/narkotyków) unikają bliskości, boją się też odrzucenia, a ich motywacja wynika z tego, że chcą w ten sposób złagodzić ból, cierpienie czy też ambiwalencję. Bycie w relacji romantycznej wiąże się dla nich z lękiem przed bliskością i lękiem przed odrzuceniem. Alkohol, łagodząc napięcie psychiczne niemożliwe do zrozumienia, stanowi „bezpieczne schronienie”. Zgodne z powyższym są wyniki badań wskazujące na związki pozabezpiecznych stylów więzi z nadużywaniem alkoholu (Thornberg, i Lyvers, 2006;), szkodliwymi wzorcami picia (*harmful drinking*

patterns) (Finzi-Dottan, 2003) i zaburzeniami wynikającymi z nadużywania alkoholu (*substance use disorders*) (McNally, i in., 2003). Zaburzenia regulacji emocji u osób uzależnionych od alkoholu w znacznym stopniu wiążą się co wielokrotnie wykazałam z aleksytymią (Sifneos, 1991). Blokada wynikająca ze stosowania inwazyjnych technik obrony przed przeżywaniem silnych negatywnych emocji prowadzi do rozwoju aleksytymii i tym samym do deficytów samoregulacji, (Wearden, i in., 2005). Wskazuje na to badanie przeprowadzone przez Fossatiego i współpracowników (2009), dotyczące związku między stylami więzi, aleksytymią oraz skłonnością do impulsywnej agresji. Najsilniejszy w tym badaniu okazał się mediacyjny wpływ wymiaru aleksytymii - trudności w identyfikacji emocji - na skłonność do zachowań impulsywnych. Fossati i współpracownicy (2009) sugerują, że trudności w tworzeniu mentalnych reprezentacji stanów afektywnych u osób z wysokim poziomem aleksytymii mogą wiązać się z przeżywaniem intensywnych przytłaczających emocji, a nie jedynie z brakiem zdolności do ich poznawczej identyfikacji i świadomej percepcji. Badania dowiodły, że najsilniejszy związek skłonności do zachowań impulsywnych i agresywnych występuje wtedy, gdy mamy do czynienia z wysokim poziomem unikania relacji, czyli lękiem przed bliskością, i z wysokim poziomem lęku przed odrzuceniem. Oznacza to, że im silniejszy lęk, tym większa skłonność do impulsywnej agresji w relacji romantycznej. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzone przez Evrena i współpracowników (2015), a dotyczące związku aleksytymii z agresją u uzależnionych od alkoholu mężczyzn. Dodatkowo monitorowany był poziom depresji i lęku jako cechy. Interesujący jest wynik wskazujący na to, że im wyższy poziom aleksytymii tym wyższe natężenie gniewu oraz wrogości i chronicznego lęku. Szczególnie istotny był wymiar dotyczący identyfikacji emocji. Wiele badań wskazuje także na związki aleksytymii z deficytami empatii, jakie występują u osób uzależnionych (Martinotti i in., 2009; Grynberg i in., 2012; Valdespino i in. 2017; Lyvers i in., 2018) oraz na deficyty w zdolności do rozpoznawania ekspresji mimicznych emocji, zarówno pozytywnych jak i negatywnych (Grynberg i in., 2012), czy na problemy w związku odnoszące się do zaburzeń w rozumieniu dynamiki pary w relacji romantycznej (Fischer, i Wiersma, 2012).

Omówione niżej badanie miało na celu oszacowanie wpływu poszczególnych wymiarów stylów więzi w dorosłości oraz aleksytymii i dysocjacji w ich łącznym wpływie na uzależnienie. Na uwzględnieniu obu tych czynników w ich skumulowanym wpływie polega mój wkład w rozumienie mechanizmu podtrzymującego uzależnienie w relacjach romantycznych (Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, 2018). Do weryfikacji przyjętych hipotez wykorzystano częściowo wyniki surowe uzyskane w poprzednio omówionym badaniu

oraz wyniki stylów więzi osób badanych, zgodnie modelem zaproponowanym przez Collins (1996). Aby zweryfikować hipotezę, dotyczącą związku stylów więzi z tendencją do uzależnienia od alkoholu utworzono zmienną kategoryjną na podstawie trzech dymensji przywiązania (bliskość, poleganie, lęk). Dziesięć osób nie zakwalifikowało się do żadnego stylu więzi, w związku z czym wykluczono te osoby z tej części analiz. Zebrane dane przeanalizowano przy pomocy jednoczynnikowej analizy wariancji z poprawką Welcha, która ujawniła istotny wpływ stylu funkcjonowania w bliskiej relacji na poziom uzależnienia od alkoholu $F(3;186)=7,545$; $p<0,001$. W celu dokładniejszego zrozumienia uzyskanego wyniku, wykonano dodatkowo test post hoc C Dunneta, na bazie wyników którego można stwierdzić, że osoby z bezpiecznego stylu więzi ($M=12,11$; $SD=17,49$) przejawiają istotnie niższy poziom uzależnienia od alkoholu od osób z lękowego stylu więzi ($M=30,68$; $SD=19,45$). Ponieważ nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie uzależnienia między pozostałymi grupami, wykonano dodatkową analizę kontrastów w której porównano osoby z bezpiecznego stylu więzi z pozostałymi grupami. Analiza ujawniła istotne różnice między średnimi $t(186)=3,897$; $p<0,001$. Osoby z pozabezpiecznych więzi ($M_{styl\ oddalający}=17,73$; $M_{styl\ zaabsorbowany}=18,83$; $M_{styl\ lękowy}=30,68$) wykazują istotnie wyższy poziom uzależnienia od alkoholu niż osoby z bezpiecznych stylów więzi.

W kolejnym kroku analiz zbudowano trzy modele mediacji, gdzie zmienną niezależną główną, stanowiły odpowiednio trzy wymiary stylu więzi w dorosłości: bliskość, poleganie i lęk. Mediatorami relacji były aleksytymia oraz dysocjacja, a zmienną zależną poziom uzależnienia od alkoholu. W celu wykonania analizy mediacji z dwoma mediatorami posłużono się niestandardowym makrem do SPSS Process Hayesa (2013). W odniesieniu do analizy efektów pośrednich posłużono się metodą bootstrappingu, która pozwala z większym prawdopodobieństwem oszacować poziom istotności na podstawie przedziałów ufności (Preacher, Hayes 2008). Przeprowadzona analiza dla wpływu bliskości na poziom uzależnienia od alkoholu z uwzględnieniem mediacyjnej roli aleksytymii i dysocjacji wykazała, że testowany model jest istotny statystycznie $F(3,197)=34,41$; $p<0,001$. Prezentowany model wyjaśnia 34% ($R^2=0,3438$) zmienności wyników uzależnienia od alkoholu. Analiza efektów pośrednich na bazie przedziałów ufności z użyciem 10000 bootstrappingu oraz korektą na poziom istotności na poziomie 95% wykazała, że efekt pośredni wpływu bliskości na uzależnienie od alkoholu z mediacyjną rolą aleksytymii jest istotny (przedział ufności 0,1606;0,9130). W przypadku drugiego efektu pośredniego, gdzie mediatorem jest dysocjacja wynik okazał się nieistotny (przedział ufności -0,0723;0,3273). Jako ostatni poddano analizie efekt pośredni wpływu bliskości na poziom uzależnienia od

alkoholu z aleksytymią i dysocjacją jako mediatorami. Wykazano, że ten efekt jest istotny (przedział ufności 0,1579;0,5946). Istotna jest zmiana jaka nastąpiła w sile zależności pomiędzy bliskością a poziomem uzależnienia od alkoholu, która była istotna statystycznie gdy badany był efekt bezpośredni bez mediatorów ($c = -0,34; < -0,4668; -0,2034 >$), natomiast po uwzględnieniu obu mediatorów efekt bezpośredni jest nieistotny ($c' = -0,03 < -0,1731; 0,1148 >$). Oznacza to, że im wyższy poziom aleksytymii oraz dysocjacji tym mniejsza szansa na zbudowanie w relacjach romantycznych więzi opierającej się o bliskość. Poza tym bliskość w relacji regulowana jest przez poziom aleksytymii i dysocjacji.

Kolejna przeprowadzona analiza dla modelu drugiego - wpływu polegania na poziom uzależnienia od alkoholu z uwzględnieniem mediacyjnej roli aleksytymii i dysocjacji wykazała, że testowany model jest istotny statystycznie $F(3,197) = 36,55; p < 0,001$. Prezentowany model wyjaśnia 36% ($R^2 = 0,3576$) zmienności wyników uzależnienia od alkoholu. Analiza efektów pośrednich na bazie przedziałów ufności z użyciem 10000 bootstrappingu oraz korektą na poziom istotności na poziomie 95% wykazała, że efekt pośredni wpływu polegania na uzależnienie od alkoholu z mediacyjną rolą aleksytymii jest istotny (przedział ufności 0,0764;0,5730). W przypadku drugiego efektu pośredniego, gdzie mediatorem jest dysocjacja wynik okazał się nieistotny (przedział ufności -0,0602;0,2626). Jako ostatni zbadano rolę ostatniego efektu pośredniego na wpływ polegania na poziom uzależnienia od alkoholu z aleksytymią i dysocjacją, jako mediatorami. W wyniku analizy wykazano że ten efekt jest istotny (przedział ufności 0,1254;0,4239). Ważnym elementem jest zmiana siły zależności pomiędzy poleganiem a poziomem uzależnienia od alkoholu, która była istotna statystycznie ($c = -0,36; < -0,4890; -0,2280 >$), i po uwzględnieniu obu mediatorów efekt bezpośredni jest nadal istotny, jednakże zmniejszyła się siła związku pomiędzy poleganiem a uzależnieniem od alkoholu ($c' = -0,14 < -0,2647; -0,0078 >$). Mamy zatem w przypadku polegania mediację częściową. Poleganie w związku odnosi się do zakresu, w jakim jednostka odczuwa komfort związany z poleganiem w potrzebie na partnerze w romantycznych związkach. Im wyższy poziom aleksytymii i dysocjacji tym jak wynika z analizy komfort jest niższy i może generować silne stany emocjonalne niepewności.

Przeprowadzona analiza dla modelu trzeciego - wpływu lęku na poziom uzależnienia od alkoholu z uwzględnieniem mediacyjnej roli aleksytymii i dysocjacji wykazała, że testowany model jest istotny statystycznie $F(3,197) = 34,71; p < 0,001$. Prezentowany model wyjaśnia 35% ($R^2 = 0,3458$) zmienności wyników uzależnienia od alkoholu. Analiza efektów pośrednich na bazie przedziałów ufności z użyciem 10000 bootstrappingu oraz korektą na poziom istotności na poziomie 95% wykazała, że efekt pośredni wpływu lęku na uzależnienie

od alkoholu z mediacyjną rolą aleksytymii (a_1, b_1) jest istotny (przedział ufności 0,1293;0,8429). W przypadku drugiego efektu pośredniego, gdzie mediatorem jest dysocjacja (a_2, b_2) wynik okazał się nieistotny (przedział ufności -0,0065;0,4159). Jako ostatni analizowano efekt pośredni wpływu lęku na poziom uzależnienia od alkoholu z aleksytymią i dysocjacją jako mediatorami (a_1, d_2, b_2). Wykazano, że ten efekt jest istotny (przedział ufności 0,1264;0,5034). Poza tym ważnym elementem w tym przypadku jest także zmiana siły zależności pomiędzy lękiem a poziomem uzależnienia od alkoholu, która była istotna statystycznie ($c=0,31; <0,1751; 0,4411>$), natomiast po uwzględnieniu obu mediatorów efekt bezpośredni jest nieistotny ($c' = 0,06 < -0,0726; 0,1861 >$). Wymiar lęku odnosi się do zakresu, w jakim jednostka odczuwa lęk przed odrzuceniem lub byciem niekochanym w relacjach miłosnych. Uzyskany rezultat pozwala na sformułowanie wniosku, że im wyższy poziom aleksytymii i dysocjacji tym silniejszy lęk przed odrzuceniem i wyższa skłonność do sięgania po alkohol w celu regulacji napięcia wynikającego z przekonań poznawczych o byciu nieważnym, niekochanym. Badania przeprowadzone przez Thornberga i Lyversa (2010) osób uzależnionych od alkoholu wykazują, iż w relacjach romantycznych osoby te wykazują trudności z regulacją afektu, trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym oraz wysoki poziom lęku przed intymnością.

Podsumowując uzyskane rezultaty można stwierdzić, że utrwalone na poziomie pamięci proceduralnej doświadczenia (kodowanie obrazowe zgodnie z koncepcją psychicznej reprezentacji emocji, Maruszewski, Ścigała, 1998) w istocie są matrycami uruchamianymi w sytuacjach więzi romantycznych u osób dorosłych. **Niski poziom bliskości i polegania oraz wysoki poziom lęku wspomagany przez aleksytymię i dysocjację skutkuje problemami interpersonalnymi, najsilniej widocznymi w relacjach romantycznych.** Uznać można, że bycie w relacji romantycznej stanowi przy wysokim poziomie dyspozycyjnej aleksytymii i dysocjacji źródło nieustannego stresu związanego ze zgeneralizowanym lękiem przed bliskością i odrzuceniem. Kolejny wniosek jaki płynie z tych badań jest taki, że poddając terapii indywidualnej i grupowej osoby uzależnione należy zwrócić uwagę na odbudowanie więzi bezpiecznych i uczenie kompetencji dzięki poznawczej restrukturyzacji lękowych stylów więzi z dzieciństwa na bezpieczne style więzi w dorosłości. Wiedza wywodząca się z rozumienia istoty relacji przywiązaniowej może być przydatna do rozumienia mechanizmów leżących u podłoża regulacji afektu, lęku przed intymnością, bliskością czy akceptacją. Oznacza to także, iż praca nad złożonymi mechanizmami relacji w związku romantycznym jest wyzwaniem w terapii osób uzależnionych i ich współuzależnionych partnerów.

Konkluzje i status modelu teoretycznego

W świetle zebranych i przytoczonych danych, można uznać, że zaproponowany model teoretyczny okazał się przydatny do pogłębienia roli rozumienia poszczególnych analizowanych czynników w rozwoju zaburzeń procesów emocjonalnych, związanych z uzależnieniem od alkoholu. **Moje badania pokazały jak istotne jest rozpatrywanie roli poszczególnych zmiennych w kontekście rozwojowym i na dodatek łącznie. Niesłuchanie istotnym elementem prezentowanego tu osiągnięcia naukowego, jest pokazanie filarów traumatycznego rozwoju – aleksytymii i dysocjacji w ich skumulowanym wpływie, na rozwój zaburzeń emocjonalnych skutkujących uzależnieniem.** Istotne jest także przeanalizowanie ich patogenicznego wpływu na budowanie relacji romantycznych w dorosłości. Brak zdolności do empatii, impulsywność, nieadaptacyjne strategie regulacji emocji, tłumienie emocji negatywnych, depresja – to wszystko przyczynia się do przeżywania silnego lęku przed bliskością i odrzuceniem w związku, skutkując trwaniem w uzależnieniu, pomimo prób wychodzenia z nałogu.

Jakkolwiek prezentowane tu osiągnięcie badawcze można uznać za zakończoną całość, nie oznacza to jednak, że prace nad modelem teoretycznym będącym podstawą do omówionych badań są zakończone. Dalsze prace, które są dalej kontynuowane skupiają się na: 1- weryfikacji modelu rozbudowanego o szczegółowe mechanizmy dysregulacji emocji oraz motywację do sięgania po alkohol w kontekście aleksytymii i dysocjacji; 2 – sprawdzeniu, po włączeniu temperamentu, trafności modelu w odniesieniu do osób pijących ryzykownie i uzależnionych zależnie od płci i wieku badanych osób; 3 – weryfikacji rozbudowanego modelu o wymiar interocepcji w odniesieniu do innych zaburzeń, konkretnie zaburzeń łaknienia.

Bibliografia

- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., & Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behavior with attachment styles, autonomy-connectedness and alexithymia. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 507-527.
- Besharat, M.A., Rizi, M., Mehdi, M. (2014). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of self-regulation. *International Journal of Research Studies in Psychology*, 3(4), 89–98. doi: 10.5861/ijrsp.2014.839..

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bryant, R.A. (2009). Is peritraumatic dissociation always pathological? W: P.F. Dell, J.A. O'Neil (red.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond* (s. 185–197). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Brewer R, Cook, R, Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3, 150664.
- Carlson, E.A., Yates, T.M., Sroufe, L.A. (2009). Dissociation and development of the self. W: P.F. Dell, J.A. O'Neil (red.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond* (s. 39–53). New York: Routledge Taylor & Francis Group
- Chodkiewicz, J. (2014). Głód alkoholu – konceptualizacja, wybrane modele i metody pomiaru. *Alkoholizm i Narkomania* 27, 265–272.
- Cierpiałkowska, L. (2010). *Modele genetyczne i koncepcje psychologiczne zaburzeń związanych z używaniem alkoholu*. W: L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (red.), *Psychologia uzależnień – alkoholizm* (s. 113–187). Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: an update. *Alcohol Health & Research World*, 20 (1), 18-23.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 71, 810–832. doi: 10.1037/0022-3514.71.4.810
- Collins, N. L., and Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J. Pers. Soc. Psychol.* 58, 644–663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Craig, A.D. (2009). How do you feel now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 59 – 70.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry Investigation*, 11(3), 330–335.
- Crawford, A.M., Pentz, M.A., Chou, C.P., Li, C., Dwyer, J.H. (2003). Parallel Developmental Trajectories of Sensation Seeking and Regular Substance Use in Adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, (3), 179–192.
- De Bellis, M.D. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1–2), 155–170.
- De Hann, H.A., van der Palen, J., Wijdeveld, T.G., I in., (2014). Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait? *Psychiatry Research*, 216, 137 – 145.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101-108.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265-1270.
- Dragan, M. (2016). *Problemowe picie alkoholu przez młode kobiety Rola niekorzystnych doświadczeń i samoregulacji emocji*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dubey, A., Pandey, R. (2013). Mental health problems in alexithymia: role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 20: 128-136.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Clara, I. (2002). Parental bonding and adult psychopathology: results from the US national comorbidity survey. *Psychological Medicine*, 32, 997–1008.
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B., Umut, G., Can, Y., and Bozkurt, M. (2015). Relationship between alexithymia and aggression in a sample of men with substance dependence. *Bull. Clin. Psychopharmacol.* 25, 233–242. doi: 10.5455/bcp.20130408020445
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozelik, B., Oncu, F. (2009). Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85–92.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 62(1), 42–47.
- Falicki, Z., Karczewski, J., Wandzel, J., Chrzanowski, W. (1986). Przydatność Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) w warunkach polskich. *Psychiatria Polska*, 20(1), 38–42.

- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., and Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Subst. Use Misuse* 38, 271–292. doi: 10.1081/JA-120017249
- Fischer, J. L., and Wiersma, J. D. (2012). Romantic relationships and alcohol use. *Curr. Drug Abuse Rev.* 5, 98–116. doi: 10.2174/1874473711205020098
- Foa, E.B., Williams, M.T. (2010). Methodology of a randomized double-blind clinical trial for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 3(2), 131–147.
- Ford, J.D., Courtois, C.A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. W: C.A. Courtois, J.D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence based guide* (s. 13–30). New York: Guilford Press.
- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, F., Laura, E., Giarolli, L.E., Gianluca Franciosi, G., Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development*, 11(2), 165–182.
- Gavi, F., Mosalanejad, L., Keshavarz, F., Jahromi, M.G, Abdollahi, S. (2016). A Comparative study of Alexithymia and Social Anxiety in Infertile Men and Women. *Bioscience Biotechnology Research Asia*, 13 (4), 2317-2323.
- Gillath, O., & Shaver, P. R. (2007). Effects of attachment style and relationship context on selection among relational strategies. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 968-976.
- Goldberg, L. (1999). The Curious Experiences Survey, a revised version of the Dissociative Experiences Scale: Factor structure, reliability and relations to demographic and personality variables. *Psychological Assessment*, 11(2), 134–145. American Psychological Association.
- Graham, Y. P., Heim, C., Goodman, S. H., Miller, A. H., and Nemeroff, C. B. (1999). The effects of neonatal stress on brain development: implications for psychopathology. *Dev. Psychopathol.* 11, 545–565. doi: 10.1017/S0954579499002205
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood, w: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical application*, New York. The Guilford Press,, s. 469-495.
- Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Muraige, P., Vermeulen, N. et al. (2012). Alexithymia and the processing of Emotional Facial Expressions (EFEs): Systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLOS ONE*, 7(8), e42429m, doi: 10.1371/journal.pone.0042429.
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-1270.
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Howell, E.F. (2013). *The dissociative mind*. New York. Routledge.
- Kavanagh, D.J., Statham, D.J., Feeney, G.F.X., Young, R.M., Andrade, J., Connor, J.P. (2013). Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 38, 2,1572–1584.
- Klanecky, A.K., Harrington, J., McChargue, D.E. (2008). Child sexual abuse, dissociation, and alcohol: Implications of chemical dissociation via blackouts among college women. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 277–284
- Kret, M.E., Ploeger, A. (2015). Emotion processing deficits: a liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 52: 153-171.
- Laible, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1185-1197.
- Liotti, G., Farina, B. (2016). *Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*, Poznań: Fundacja Przyjaciele Martynki.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472> [dostęp: 12.04.2015].
- Lyvers, M., Hayatbakhsh, N., Stalewski, J., & Fred Arne Thorberg, F.A. (2018). Alexithymia, Impulsivity, and Reward Sensitivity in Young Adult University Student Children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 1-5. DOI: 10.1080/10826084.2018.1512628

- Lyvers, M., Mccann, K., Coudouris, S., Edwards, M. S., and Thorberg, F. A. (2018). Alexithymia in relation to alcohol use, emotion recognition, and empathy: the role of externally oriented thinking. *Am. J. Psychol.* 131, 41–51. doi: 10.5406/amerjpsyc.131.1.0041
- Lyvers, M., Coundouris, S., Edwards, M.S., Thorberg, F.A. (2018): Alexithymia, reward sensitivity and risky drinking: the role of internal drinking motives. *Addiction Research & Theory*, 26, 114-122, <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1333110>.
- Lyvers, M., Hasking, P., Albrecht, B., Thorberg, F.A. (2012). Alexithymia and alcohol: The roles of punishment sensitivity and drinking motives. *Addiction Research and Theory*, 20 (4), 348–357. DOI: 10.3109/16066359.2011.636494.
- Martinotti, G., Cloninger, C. R., and Janiri, L. (2008). Temperament and character inventory dimensions and anhedonia in detoxified substance dependent subjects. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 34, 177–183. doi: 10.1080/00952990701877078
- Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Cundari, S., and Luigi Janiri, L. (2009). Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients. *Am. J. Addict.* 18, 157–161. doi: 10.1080/10550490802544391
- Maruszewski, T., Ścigała, E. (1998). *Emocje-aleksytymia-poznanie*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- McCabe, C.J., Louie, K.A., King, K.M. (2015). Premeditation moderates the relation between sensation seeking and risky substance use among young adults. *Psychol Addict Behav.* (3):753-65. doi: 10.1037/adb0000075.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., and Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. *Addict. Behav.* 28, 1115–1127. doi: 10.1016/S0306-4603(02)00224-1
- Meins, E., Harris-Waller, J. & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45, 146-152.
- Messina, A., Beadle, J.N., Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20(1), 38–49.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B. & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Morie, K.P., Ridout, N. (2018). Alexithymia and Maladaptive Regulatory Behaviors in Substance Use Disorders and Eating Disorders W:O. Luminet, R.M. Bagby, G.J. Taylor, (red.), *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice* (ss.158-174). New York, NY: Cambridge University Press.
- Morie, K.P., Nich, C., Hunkele, K., Potenza, M., Carroll, K. (2015). Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. *Drug Alcohol Depend.* 152:157–63.
- Morie, K.P., Yip, S.W., Nich, C., i in. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processsing. *Current Addiction Report*, 3, 239–248.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., et al. (2007). Empathy and judging other's pain: an fMRI study of alexithymia. *Cereb. Cortex* 17, 2223–2234. doi: 10.1093/cercor/bhl130
- Murphy, J, Catmur, C, Bird, G. (2018). Alexithymia is associated with a multidomain, multidimensional failure of interoception: evidence from novel tests. *Journal of Experimental Psychology General.* 147: 398–408. doi: 10.1037/xge0000366.
- Nillson, D., Holmqvist, R., Jonson, M. (2011). Self-reported attachment style, trauma exposure and dissociative symptoms among adolescents. *Attachment and Human Development*, 13(6), 579–595.
- Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics

- of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200–210. John Wiley & Sons.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S., Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7(4), 221–232. John Wiley & Sons.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 371–378.
- Pisula, A., Kołakowski, A. (2011). *Sposób na trudne dziecko*. Gdańsk: GWP
- Pitman, R.K., Orr, S.P. (1993). Psychophysiological testing for post-traumatic stress disorder: Forensic psychiatric application. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21(1), 37–52.
- Plopa, M. (2008). *Kwestionariusz stylów przywiązaniowych*. Podręcznik. Warszawa: Vizja Press & IT.
- Pocuca, N., Hides, L., Quinn, C. A., White, M. J., Mewton, L., Newton, N. C., et al. (2018). The interactive effects of personality profiles and perceived peer drinking on early adolescent drinking. *Psychol. Addict. Behav.* 32, 230–236. doi: 10.1037/adb0000322
- Poeggel, G., and Braun, K. (1996). Early auditory final learning in degus: behavioral and autoradiographic studies. *Brain Res.* 743, 162–170. doi: 10.1016/S0006-8993(96)01039-6
- Poeggel, G., Lange, E., Haase, C., Metzger, M., Gulyaeva, N. V., and Braun, K. (1999). Maternal separation and early social deprivation in Octodon degus: quantitative changes of NADPH-diaphorase reactive neurons in the prefrontal cortex and nucleus accumbens. *Neuroscience* 94, 497–504. doi: 10.1016/S0306-4522(99)00289-4
- Pollatos, O., Herbert, B.M. (2018). Alexithymia and body awareness. W: O. Luminet, R.M. Bagby, G.J. Taylor, (red.), *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice* (ss.321–335). New York, NY: Cambridge University Press
- Pomianowski R., (1998), Uzależnienia – współczesną wersją „ucieczki od wolności”, W: J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, (ss. 260–291). Poznań. Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(8), 999–1010.
- Ryszkowski, A., Wojciechowska, A., Kopański, Z., Brukwicka, I., Lishchynskyy, Y., Mazurek, M. (2015). Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare*, 1, 2–6.
- Schier, K. (2018). *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schore, A.N. (2009a). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. W: P.F. Dell, J.A. O'Neil (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-V and beyond* (ss. 107–145). New York: Routledge Taylor& Francis Group.
- Schore, A.N. (2009b). Zaburzenia regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: S. Murawiec, C. Żechowski (red.), *Od neurobiologii do psychoterapii* (ss. 71–122). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653–1658
- Sifneos, P.E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(3), 116–122.
- Skinner, M.D., Aubin, J.H., (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 4, 606–623.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic Confidence Intervals For Indirect Effects In Structural equations models. W S. Leinhardt (red.), *Sociological methodology 1982* (ss. 290–312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

- Sroufe, A.I. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (s. 51-71). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swart, M., Kortekaas, R., Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One*; 4: e5751.
- Sutherland, M.T., Carroll, A.J., Salmeron, B.J., I in., (2013). Insula's functional connectivity with ventromedial prefrontal cortex mediates the impact of trait alexithymia on state tobacco craving. *Psychopharmacology*, 228, 143-155.
- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 62(5), 540-547.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Thorberg, F. A., Young, R. Mc. D., Sullivan, K. A., Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3), 187-193.
- Thornberg, F. A., Younga, R. McD., Sullivan, K.A., Lyvers, M., Hurst, C.P., Connor, J.P., Feeney, G.F.X. (2011). Alexithymia in alcohol dependent patients is partially mediated by alcohol expectancy. *Drug and Alcohol Dependence*, 116 238-241. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.015.
- Thorberg, F.A., Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder inpatients. *Addiction Research and Theory*, 18(4), 464-478
- Thorberg, F. A., Young, R. McD., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34, 237-245.
- Thorberg, F. A., and Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict. Behav.* 31, 732-737. doi: 10.1016/j.addbeh.2005. 05.050.
- Valdespino, A., Antezana, L., Ghane, M., and Richey, J. (2017). Alexithymia as transdiagnostic precursor to empathy abnormalities. The functional role of the insula. *Front. Psychol.* 8:2234. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02234
- Wearden, A.J., Lambertson, N., Crook, N., Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279-288
- West, R. (2006) *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwells.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W.W. Norton & Company
- van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C., Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V, http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers[dostęp: 15.04.2016].
- van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- van der Kolk, B.A. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. (1996). The black hole of trauma. W: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (s. 3-24). New York, London: Guilford Press.

- van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G., et al. (2013). Neural correlates of alexithymia: a metaanalysis of emotion processing studies. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 37, 1774–1785. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.07.008
- Verheul, R., Van Den Brink, W., Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 197–222.
- Vorst, H.C.M. and Bermond, B. (2001) Validity and Reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413-434. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00033-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00033-7)
- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to non-suicidal self-injury. In M. K. Nock, (Red.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (ss. 117–138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yates, T. M., Burt, K. B., and Troy, M. F. (2011). “A developmental approach to clinical research, classification & practice,” W:D. Cicchetti and G. I. Roisman (Red.), *The Minnesota Symposia on child Psychology: The Origins and Organization of Adaptation and Maladaptation*, (ss.231–282). New York, NY: Wiley.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2017). *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk potraumatycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Ścigała, D. K. (2018). Trauma, temperament, alexithymia, dissociation among persons addicted to alcohol. Mediation model of dependencies. *Front. Psychol.* 9:1570. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01570.
- Zdankiewicz-Ścigała, Ścigała, (2018). Relationship Between Attachment Style in Adulthood, Alexithymia, and Dissociation in Alcohol Use Disorder Inpatients. Mediation Model. *Front. Psychol.* 9:2039. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02039
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Sikora, J., Ścigała, D.K. (2018). Postawy rodzicielskie a skłonność do impulsywnej agresji. Mediacyjna rola aleksytymii. *Psychologia Wychowawcza*, 14, 134-154.
- Zdankiewicz-Ścigała, E., Przybylska, M. (2002). *Trauma. Proces i diagnoza. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Zeinali, A., Sharifi, H., Enayati, M., Asgari, P., Pasha, G. (2011). The mediational pathway among parenting styles, attachment styles and self-regulation with addiction susceptibility of adolescents. *Journal of Research of Medical Sciences*, 16(9), 1105–1121.
- Zuckerman, M. (2007). Sensation Seeking and Risky Behavior. Washington, DC: *American Psychological Association*. doi: 10.1037/11555-000
- Zuckerman, M., Eysenck, S., and Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *J. Consult. Clin. Psychol.* 46, 139–149. doi: 10.1037/0022-006X.46.1.139

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych (artystycznych)

Moje pozostałe osiągnięcia naukowo – badawcze częściowo podporządkowane są logice pracy nad modelem teoretycznym lub stanowią rozwinięcie i doprecyzowanie wątków podejmowanych w głównym osiągnięciu naukowym. Ważnym aspektem mojej działalności naukowej są także prace, które wyszły od stworzonego wraz z Prof. dr hab. Tomaszem Maruszewskim (Wydział Psychologii Uniwersytet SWPS) modelu Psychiczej Reprezentacji Emocji (PRE) (Maruszewski, Ścigała, 1995, 1997a, 1997b, 1998). Drugi obszar zainteresowań naukowych dotyczy analizy mechanizmów traumy na poziomie psychologicznym oraz na poziomie anatomii i fizjologii mózgu Obejmuje także kodowanie w

pamięci doświadczeń traumatycznych (Ścigała, Maruszewski, 1999; Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002; Zdankiewicz-Ścigała, 2004ab) i czynników radzenia sobie z konfrontacją z zagrożeniem życia własnego lub bliskich, czy z konfrontacją ze śmiercią (Zdankiewicz-Ścigała, 2009; Tomaszek A., Zdankiewicz-Ścigała, E., i in., 2018; Zdankiewicz-Ścigała i in., 2018). Badania rozwijane obecnie, oprócz omówionych w głównym osiągnięciu naukowym, dotyczą roli aleksytymii i dysocjacji w patomechanizmie podtrzymywania objawów PTSD oraz psychologicznych konsekwencji zaburzeń po traumach złożonych (Zdankiewicz-Ścigała, Maruszewski, 2006; Zdankiewicz-Ścigała, Strzeczowska, 2018; Zdankiewicz-Ścigała, Szczepaniak, 2018; Zdankiewicz –Ścigała, Herda, Odachowska, 2018). Z uwagi na to, że do badań używam kwestionariuszy, które nie mają polskiej adaptacji, ostatnia czwarta część zainteresowań dotyczy publikacji poświęconych analizie własności psychometrycznych narzędzi adaptowanych do warunków polskich.

5.1. Model Psychicznej Reprezentacji Emocji

W latach 1993- 1999 naukowo współpracowałam z Prof. dr hab. Tomaszem Maruszewskim. W tym czasie opracowaliśmy model Koncepcji Psychicznej Reprezentacji Emocji (PRE) (Maruszewski, Ścigała, 1995; Maruszewski Ścigała, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998). Model ten posłużył nam następnie do stworzenia koncepcji wyjaśniającej mechanizm rozwoju aleksytymii (Maruszewski, Ścigała, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998) oraz koncepcji wyjaśniającej kodowanie i przechowywanie zdarzeń traumatycznych (Ścigała, Maruszewski, 1999; Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002). Poniżej krótko przedstawię, główne przyjęte przez, nas założenia modelu oraz koncepcję powstawania aleksytymii. W następnym, osobnym punkcie model kodowania, przechowywania i odtwarzania traumy.

Dużą rolę w powstaniu modelu odegrały prace wielu psychologów, także psychologów polskich. Idee dotyczące reprezentacji emocji zaczerpnęliśmy z prac Prof. Janusza Reykowskiego (1968). Autor ten twierdzi, że świadoma reprezentacja emocji może powstawać na dwóch poziomach: niższym, gdzie reprezentacja jest dostępna pośrednio w wykonywaniu czynności lub działaniu, i wyższym, gdzie jest reprezentowana w postaci symbolicznej. Ważna także była koncepcja Prof. Mirosława Kofty dotycząca dwufazowego modelu uświadamiania emocji. Istotna dla naszej koncepcji była fazowość procesów uświadamiania sobie emocji oraz rola procesów werbalizacji i atrybucji, kluczowych w tworzeniu symbolicznych, złożonych reprezentacji emocji. Nowe podejście do relacji afekt – poznanie, jakie pojawiło się w naszej koncepcji, wywodzi się z prac Roberta Zajonca (1984).

Skierowało to naszą uwagę na pozapoznawcze mechanizmy kodowania doznań afektywnych oraz na pamięciowe reprezentacje afektu. Poza tym nawiązujemy także do koncepcji kodowania obrazowego Kosslyna (1981), kodowania propozycjonalnego Pylyshyna (1981) lub koncepcji Paivio (1986) łączącej oba rodzaje kodowania. Analiza tego jak powstają emocje skłoniła nas do wypracowania **w pełni autorskiego modelu zakładającego trzy poziomy kodowania emocji i tym samym ich reprezentowania w umyśle**. Uznaliśmy, zgodnie z wynikami wielu badań, że istotne znaczenie dla kształtowania reprezentacji emocji mają mózgowo mechanizmy współtworzące procesy emocjonalne. Emocje są procesami złożonymi, składającym się z wielu faz oraz tego, że w kolejnych fazach pobudzane są różne ośrodki, położone w całym mózgu. Skoro emocje są procesami o złożonej strukturze wewnętrznej, wielofazowymi i uruchamiającymi różne ośrodki mózgowo, tak korowe jak i podkorowe, to ich reprezentacja musi także być złożona. **Walorem koncepcji jest to, że uwzględniamy zarówno aspekt statyczny, czyli strukturalny, jak też aspekt rozwojowy, starając się pokazać procesy, które w trakcie rozwoju mogą doprowadzić do wykształcenia się najwyższych kodów reprezentacji a mianowicie kodów hierarchicznych. Za bardzo cenny wymiar koncepcji uważam umieszczenie procesów kodowania i rekodowania w aspekcie rozwojowym.** Aspekt rozwojowy pozwala bowiem na wykazanie, kiedy niedostępność czy niewielka dostępność reprezentacji stanowi inherentną właściwość powstających reprezentacji, a kiedy jest efektem określonego rodzaju zaburzeń w procesach kodowania, rekodowania, czy też wynikiem aktywizacji specyficznego typu motywacji epistemicznej w rozumieniu Kruglanskiego (Kruglanski i Freund, 1983). Zaproponowaliśmy, aby reprezentację emocji przedstawić w formie trójkąta, którego wierzchołki określają podstawowe rodzaje kodów tworzących tę reprezentację. Kody te zawierają informacje rejestrowane w rozmaity sposób; na tych reprezentacjach można także wykonywać różne typy operacji umysłowych. Dwustronne połączenia między wierzchołkami trójkąta określają mechanizmy rekodowania informacji. Dzięki procesowi rekodowania jednostka uzyskuje dostęp do coraz to innych aspektów procesu emocjonalnego, co zapewnia z jednej strony elastyczną kontrolę emocji – z drugiej komunikowanie własnego stanu innym. Przyjęliśmy, że kodowanie obrazowe stanowi najbardziej podstawową część reprezentacji emocji. W każdym z kodów możliwe jest zapisywanie innych elementów doświadczenia emocjonalnego i wiedzy o emocjach. Każdy z nich pozwala również na tworzenie reprezentacji na innym poziomie ogólności. Kod obrazowy umożliwia aktywizowanie, rejestrowanie lub generowanie informacji dotyczących obrazowych, odbieranych zmysłowo aspektów emocji, takich jak ekspresja mimiczna lub pantomimiczna, pobudzenie

fizjologiczne, a także proste, konkretne obiekty mogące wywoływać emocje. Na poziomie obrazowym gromadzenie informacji ma w pewnym stopniu charakter zbioru egzemplarzy – jest to gromadzenie wiedzy na temat konkretnych sytuacji, które były udziałem jednostki i w których doświadczała ona pewnych emocji. Kod ten umożliwia zatem tworzenie prostych skryptów (np. kodowanie sekwencji: obiekt emotogeny – pobudzenie fizjologiczne – ekspresja mimiczna/pantomimiczna). Budowa tych reprezentacji to bardzo zindywidualizowane skrypty, które mają charakter egzemplarzowy. Obrazowa reprezentacja umożliwia jedynie odczuwanie i działanie zgodne z posiadanym, choć nieuświadomianym, skryptem. Kod werbalny z kolei umożliwia pewne uogólnienie posiadanej przez jednostkę wiedzy poprzez wyodrębnienie z wielu danych obrazowych pewnej całości i objęcie jej wspólną nazwą, stanowiącą etykietę werbalną dla reprezentacji obrazowej. Na tym poziomie reprezentacja przyjmuje formę prostych schematów, mających budowę prototypową – jednostka może zatem stworzyć reprezentację emocji typowych dla określonego rodzaju sytuacji. Utworzenie bardziej ogólnych, wyabstrahowanych z konkretnych sytuacji schematów pozwala również na proste przetwarzanie tej wiedzy – na przykład analizę jej składników, czy porównywanie z wiedzą o emocjach przeżywanych przez innych ludzi. Ponadto dostęp do kodu werbalnego daje możliwość kontrolowanego komunikowania własnych emocji w wypowiedziach werbalnych. Jednakże dopiero pojawienie się kodu abstrakcyjnego umożliwia przetwarzanie pojęciowe oraz tworzenie bogatszej i bardziej ogólnej reprezentacji. Wykorzystanie kodu abstrakcyjnego umożliwia głębokie poznawcze przetwarzanie posiadanej przez jednostkę wiedzy dotyczącej źródeł określonego stanu emocjonalnego, układu czynników odpowiedzialnych za jego pojawienie się, jego specyfiki względem innych stanów, jak również relacji z tymi stanami. Ponadto kod abstrakcyjny daje jednostce nowe możliwości w zakresie ekspresji emocji – może ona być dokonywana nie tylko na poziomie konkretnych wyrazów mimicznych czy prostych etykiet werbalnych, ale również w sposób symboliczny – w metaforach, poezji, dziełach sztuki. Szczególnie warta podkreślenia w naszej koncepcji jest możliwość ciągłego „przepisywania” posiadanej wiedzy z jednego kodu do innego, a więc swoista redeskrypcja reprezentacji, używając terminologii Karmiloff-Smith (1992), dzięki której wiedza zapisana w jednym kodzie nie jest izolowana od pozostałych fragmentów wiedzy, ale jest przenoszona pomiędzy nimi i reinterpretowana na kolejnych poziomach ogólności. Przejścia między poszczególnymi formami reprezentacji możliwe są dzięki motywacji do rozwoju oraz budowaniu coraz to bardziej złożonej reprezentacji. Dzięki złożonym procesom poznawczym możliwe są cykle, które Kruglanski określa jako rozmrażanie i zamrażanie epistemiczne. Wyodrębniliśmy sześć procesów, które

umożliwiają obustronne rekodowanie informacji. Są to: werbalizacja (od kodu obrazowego do werbalnego), wizualizacja (od kodu werbalnego do obrazowego), semantyzacja (od kodu werbalnego do abstrakcyjnego), desemantyzacja (od kodu abstrakcyjnego do werbalnego), symbolizacja (od kodu obrazowego do abstrakcyjnego) i desymbolizacja (od kodu abstrakcyjnego do obrazowego). Takie procesy przechodzenia pomiędzy kodami pozwalają na ciągły rozwój reprezentacji emocji, nieustanną reinterpretację znaczeń, jak również zwiększanie elastyczności i dostępności posiadanej wiedzy, dzięki czemu staje się ona bardziej użyteczna dla jednostki i skuteczniej może pełnić funkcje regulacyjne. Przyjeliśmy, że struktura reprezentacji emocji złożona jest nie tylko ze statycznych elementów (kodów), ale również procesów, umożliwiających przejścia między kodami. Procesy rekodowania zapewniają możliwość tworzenia połączeń między fragmentami wiedzy zapisywanymi za pomocą różnych kodów, dzięki czemu posiadana przez jednostkę wiedza o emocjach jest spójna, a nie fragmentaryczna i może funkcjonować jednocześnie na różnych poziomach – proceduralnym i deklaratywnym. Rekodowanie zapewnia również lepsze i głębsze opracowanie wiedzy, dzięki czemu łatwiejszy jest dostęp do treści semantycznych. Uznaliśmy, że procesy rekodowania są ważne nie tylko z punktu widzenia rozbudowywania abstrakcyjnego systemu wiedzy, ale pozwalają również na lepsze i bardziej dojrzałe funkcjonowanie emocjonalne, gdyż umożliwiają restrukturalizację i reinterpretację doświadczeń emocjonalnych. Rozwój reprezentacji związany jest z procesem przechodzenia z poziomu proceduralnego na deklaratywny i odwrotnie. Deklaratywizacja posiadanej wiedzy, a więc wydobywanie wiedzy zawartej w procedurach zachodzi dzięki werbalizacji, symbolizacji i semantyzacji. Dzięki temu jednostka nie tylko potrafi coś zrobić (np. wyrazić swoje emocje), ale również na poziomie deklaratywnym wie, w jaki sposób to robić (np. wie, jakich należy użyć słów do opisu emocji, a także zna reguły rządzące ujawnianiem uczuć). Drugi kierunek to proceduralizacja wiedzy deklaratywnej. W tym przypadku wiedza, uzyskana w sposób językowy, musi zostać przełożona na skutecznie działające procedury, aby stała się użyteczna dla podmiotu. Dzieje się tak dzięki desymbolizacji, desemantyzacji oraz wizualizacji. Podkreślamy w naszej koncepcji, że istotny jest dynamiczny charakter reprezentacji, który zapewniają procesy rekodowania i redeskrypcji. Reprezentacja podlega ciągłym zmianom, nie jest zbiorem statycznych informacji, przechowywanych w postaci określonej i niezmiennej struktury. Trafne reprezentacje emocji opierają się w większym stopniu na mechanizmach poznawczych, są bardziej złożone, elastyczne i występuje duża otwartość na zmianę i rozwój. Zdolności wynikające z formalnego oraz treściowego aspektu reprezentacji emocji dotyczą spostrzegania emocji, ich ekspresji oraz rozumienia. Bardziej

szczegółowe zdolności w zakresie percepcji emocji obejmują spostrzeganie i doświadczanie własnych emocji, jak również spostrzeganie emocji innych osób wraz z dostrzeganiem kontekstu sytuacyjnego emocji przeżywanych przez siebie i innych. Percepcja emocji dotyczy ponadto nie tylko ich różnicowania (kod obrazowy), ale również nazywania (kod werbalny). Ekspresja emocji również wiąże się z różnymi kodami, bowiem obejmuje zarówno ekspresję niewerbalną (kod obrazowy), jak i wyrażanie emocji w języku (kod werbalny). Ponadto należy tu również włączyć stosowanie (niekoniecznie świadome) reguł ekspresji emocji obowiązujących w danej społeczności. Z kolei rozumienie emocji dotyczy zarówno ich samych, tzn. może odnosić się do wiedzy o konkretnych emocjach – ich przejawach, konsekwencjach i przyczynach, jak również do relacji między różnymi emocjami oraz między emocjami a różnymi kontekstami stanowiącymi źródło emocji. Kody zaangażowane w rozumienie emocji to przede wszystkim kod werbalny (na bardziej podstawowym poziomie) oraz kod abstrakcyjny. Wreszcie aspekt procesualny reprezentacji emocji odnosi się do dynamicznych połączeń pomiędzy kodami, jak również do wzajemnych oddziaływań poszczególnych funkcji. Osiągnięcia w zakresie każdej z nich zwrotnie wpływają na działanie innych funkcji, stanowiąc bodziec do dalszego rozwoju reprezentacji.

Bardzo mocno zwracamy uwagę w koncepcji na aspekt treściowy reprezentacji emocji, gdyż jest to najbardziej zindywidualizowany element reprezentacji. Treść zależy przede wszystkim od własnych, uprzednich doświadczeń jednostki, które stanowią źródło jej wiedzy w danym zakresie. Prawdopodobnie w szczególnym stopniu dotyczy to reprezentacji emocji, gdyż w niej zawiera się wiedza podmiotu wywiedziona z własnych przeżyć i doświadczeń, wobec czego osobom z zewnątrz trudno jest ją skorygować, nawet jeśli jest ona błędna. Takiej indywidualizacji można spodziewać się w odniesieniu do treści zapisanych w kodzie obrazowym, które nie zostały następnie rekodowane na kod werbalny i abstrakcyjny. Mogą to być na przykład traumatyczne przeżycia, które nie zostały przepracowane i które przechowywane są jako pojedyncze egzemplarze w pamięci epizodycznej (Maruszewski, Ścigała, 1998, Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002). Doświadczenie takich traumatycznych zdarzeń bez ich werbalizowania utrudnia lub uniemożliwia ich zrozumienie, a jednocześnie prowadzi często do obronnego blokowania przeżywania emocji, gdyż nieświadomie postrzegane są one przez jednostkę jako zagrażające. Taka ukryta, niezwerbalizowana wiedza wywiera jednak realny wpływ na funkcjonowanie jednostki zarówno emocjonalne, jak i społeczne. Sztywna i niezmienna struktura wiąże się raczej z pewnymi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu emocjonalnym. Do takiego usztywnienia reprezentacji emocji prowadzić mogą np. sytuacje traumatyczne lub zaburzenia

funkcjonowania emocjonalnego, które uniemożliwiają lub znacząco utrudniają dostęp do posiadanej wiedzy i jej zmianę (Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002; Zdankiewicz-Ścigała, 2004ab). Na temat kodowania i przechowywania doświadczeń traumatycznych szerzej napiszę w kolejnym punkcie. W tym miejscu omówię krótko mechanizm powstawania aleksytymii. Wywodząc rodowód aleksytymii z głównych tez dotyczących powstawania i rozwoju PRE uznaliśmy, że aleksytymia jest przejawem specyficznej organizacji regulacji psychicznej powstałej w trakcie rozwoju osobniczego.. Uznaliśmy, że rozwojowi tego syndromu sprzyja chroniczne doświadczanie emocji negatywnych typu gniew, wrogość, poczucie winy, lęk. Założenie to wiąże się z przyjęciem holistycznej koncepcji człowieka, z punktu widzenia, którego jedynie równowaga poziomów biologicznego i psychicznego stanowi o zdrowiu jednostki. Zaburzenie tej równowagi, i to o charakterze trwałym, powoduje wystąpienie szeregu dysfunkcji w rozwoju emocjonalnym sprzyjając dysregulacji emocjonalnej oraz deficytom w rozwoju twórczym (Maruszewski, Ścigała, 1997; Ścigała, Maruszewski, 1997; Zdankiewicz-Ścigała, Maruszewski, 2001). Nasze hipotezy w pełni potwierdziłam w badaniach referowanych w głównym osiągnięciu naukowym, testując w kolejnych analizach statystycznych rolę stylów więzi w genezie aleksytymii bez i w kontekście wczesnodziecięcej traumy. Także badanie, które zrealizowałam w 2018 roku (Zdankiewicz-Ścigała, Sikora, Ścigała, 2018), a dotyczące roli postaw rodzicielskich w rozwoju tendencji do impulsywnej agresji, przy mediacyjnej roli aleksytymii, w pełni potwierdziły te ustalenia. W wyniku przeprowadzonych analiz, korelacji, regresji oraz mediacji wykazano umiarkowany związek między kontrolą matki a trudnościami w identyfikacji emocji oraz kontrolą ze strony ojca a aleksytymią, jako całością, oraz osobno z operacyjnym stylem myślenia. Kontrola ze strony matki wiąże się z rozwojem skłonności do wrogości. Z kolei kontrola ze strony ojca zwiększa skłonność do agresji fizycznej, wrogości i gniewu. Aleksytymia silnie wiąże się z agresją fizyczną, wrogością oraz gniewem i jest istotnym mediatorem w relacji między kontrolą matki i ojca a różnymi aspektami agresji, zwiększając jej natężenie. Wiek koreluje pozytywnie z natężeniem aleksytymii. Przeprowadzone badanie wskazuje na istnienie silnych związków między postawami rodziców, głównie kontrolą, a tendencją do rozwoju aleksytymii oraz skłonnością do różnych przejawów agresji. Aleksytymia, blokując procesy identyfikacji i werbalizacji emocji powoduje, że język nie służy do regulacji i kontroli pobudzenia, zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych. **Mój wkład w tym obszarze polega na uchwyceniu relacji między postawami rodzicielskimi a skłonnością do impulsywnej**

agresji w kontekście aleksytymii, płci oraz wieku. Ważne jest też podkreślenie jaki rodzaj emocji, sprzyja pogłębieniu aleksytymii.

Stworzony przez nas model PRE okazał się niezwykle użyteczny z co najmniej trzech względów. Po pierwsze pozwala bardzo heurystycznie spojrzeć na toczącą się „falami” w psychologii debatę „emocje – poznanie” (Zdankiewicz-Ścigała, Maruszewski, 2001). Po drugie przyjęcie perspektywy rozwojowej pozwala wnikać w strukturę reprezentacji emocji w dowolnym momencie rozwoju ontogenetycznego, wskazując potencjalnie kierunek rozwoju reprezentacji (co wykazała niezależnie w swojej pracy doktorskiej Stępień-Nycz, 2015). Po trzecie zaś, model z powodzeniem może być - i jest wykorzystywany - w wielu dziedzinach psychologii stosowanej, gdyż pozwala nie tylko opisać, ale także wyjaśnić genezę zaburzeń emocjonalnych o różnorodnej etiologii. W naszej wspólnej pracy model posłużył nam do opracowania mechanizmu rozwoju syndromu aleksytymii (Maruszewski, Ścigała, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998). Model PRE z powodzeniem wykorzystywany był, jako podstawa teoretyczna w wielu pracach doktorskich (między innymi: Parobkiewicz-Jasielska, 2002; Wawrzyniak, 2014; Stępień-Nycz, 2015). W chwili obecnej pod moim kierunkiem oraz dr hab. Izabeli Krejtz finalizowana jest rozprawa doktorska, skupiona na rozpoznawaniu emocji prezentowanych w trzech rodzajach kodów w kontekście aleksytymii, u chorych na schizofrenię, oraz praca doktorska realizowana przez Agnieszkę Czajkę pod kierunkiem Prof. dr hab. Ewy Trzebińskiej i moim, dotycząca odpowiedzi na pytanie, czy aktywacja specyficznego stylu przywiązania wpływa na trafność rozpoznawania emocji prezentowanych w trzech rodzajach kodów. Projekty zrealizowane w ramach powstałych pod moim kierunkiem prac magisterskich ogniskują się głównie wokół weryfikacji rodzaju deficytów w kodowaniu emocji u osób z wysokim poziomem aleksytymii uzależnionych od alkoholu lub występującej u osób z osobowością z tzw. mrocznej triady.

Badania związane z rozwojem PRE w dalszym procesie mojego rozwoju naukowego potoczyły się w kierunku kodowania i przechowywania zdarzeń traumatycznych (Ścigała, Maruszewski, 1999; Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska 2002), analizy roli temperamentu w procesie kodowania zdarzeń traumatycznych (Zdankiewicz-Ścigała, 2004ab) i wzbogacenia opracowanego modelu o wymiary dotyczące analizy traumy na poziomie psychologicznym oraz anatomii i fizjologii mózgu (Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska 2002; Zdankiewicz-Ścigała, 2017).

5.2.Trauma - czynniki radzenia sobie z konfrontacją z zagrożeniem życia własnego lub bliskich, czy z konfrontacją ze śmiercią

Obszar dotyczący czynników radzenia sobie ze skutkami traumy jest kluczowy w podejmowanych przeze mnie analizach. Badania z tego zakresu wpłynęły na moje zainteresowanie kodowaniem doświadczeń traumatycznych w pamięci. Janet jako pierwszy zwrócił uwagę na różnice między pamięcią zwykłą a traumatyczną. Pamięć tramy badanych przez niego pacjentów (dzieci) obejmowała wrażenia sensoryczne, stany emocjonalne, intruzywne wspomnienia, powtórne odtwarzanie wzorów behawioralnych związanych ze zdarzeniem traumatycznym. Shalev (1996) pisząc o zaburzeniach stresowych pourazowych posłużył się terminem „biopsychospołeczna pułapka”, w której zaburzenia funkcjonowania na jednym poziomie uniemożliwiają uruchomienie mechanizmów pozwalających na wyleczenie na innych poziomach. Idąc powyższym tropem opublikowałam we współpracy z Moniką Przybylską w roku 2002 monografię naukową pt. *Trauma. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne – proces i diagnoza*. **Za niezwykle istotne osiągnięcie zawarte w monografii uważam opracowaną taksonomię sytuacji traumatycznych wykorzystującą 4 podstawowe ich wymiary: wiek ofiar, charakter zdarzenia w perspektywie czasowej, sprawstwo oraz intencje sprawcy/sprawców.** Dla zrozumienia zaburzeń w procesie kodowania doświadczeń traumatycznych wykorzystałam koncepcję Psychiczej Reprezentacji Emocji uzupełniając ją o analizę relacji między procesami psychicznymi, aktywacją określonych obszarów mózgu oraz działaniem hormonów stresu w trakcie zapisywania rekodowania i przechowywania doświadczeń w pamięci autobiograficznej. Wyszłam z założenia, że ekstremalne emocje jakich doświadcza jednostka w trakcie traumy mogą decydować o tym, jak będzie przebiegać proces kodowania zdarzenia w pamięci. Idąc śladem doniesień innych autorów (van der Kolk i Fisler, 1995) uznałam, że zdarzenie traumatyczne zakodowane jest w pamięci na poziomie sensomotorycznym i afektywnym. Im dłużej trwa proces przechowywania na poziomie kodowania obrazowego tym bardziej wpływa to na proces konsolidacji tych doświadczeń w pamięci oraz na ich integrację z pamięcią autobiograficzną. Doświadczenia zakodowane w sposób fragmentaryczny są odporne na zmiany czy zniekształcenia, ale też odporne na przekształcenie w postać narracyjną. Bardzo istotny wkład dotyczy szczegółowego omówienia procesów związanych z tworzeniem pamięci zależnej od stanu oraz mechanizmów na mocy, których dochodzi do odtwarzania zapamiętanej traumy w oparciu o ten mechanizm. Opisanych zostało sześć takich mechanizmów - również takich - gdzie pamięć aktywizowana jest przez bodźce rejestrowane nieświadomie. Oznacza to zgodnie z PRE, że pamięć jest jedynie w formie obrazowej i nie mogła przejść przez proces werbalizacji, z uwagi na przykład na uszkodzenie mózgu w

trakcie zdarzenia, czy brak wykształconych kompetencji do posługiwania się mową. Brak możliwości rekodowania traury powoduje, że „tkwi” ono w pamięci w czystej postaci (emocje, doznania somatyczne, dźwięki itp.). Zgodnie z PRE zaburzeniu ulega proces werbalizacji, symbolizacji oraz semantyzacji. Fakt ten powoduje, że objawy traury pojawiają się w postaci niekontrolowanych ataków paniki, przeżyć. Kiedy trauma dotyczy dziecko można przyjąć, że reprezentacja powstająca na poziomie obrazowym jest inherentną własnością reprezentacji. Liczne doniesienia wskazują jednak, że podobne zjawiska obserwujemy u osób dorosłych. Stąd pojawiło się pytanie o czynniki wpływające na proces kodowania. Możliwe uwarunkowania zostały omówione w monografii, także w kontekście neuroanatomii i neurofizjologii traury (rozdz.2). Treści w nim zawarte znacznie wzbogaciłam, o wyniki aktualnych badań, w aktualnej monografii (Zdankiewicz-Ściagała, 2017, rozdz.2).

Pierwsze badania jakie przeprowadziłam w tym obszarze wykorzystując wzbogacony model PRE dotyczył roli temperamentu. Wszystkie badania omówione poniżej dotyczyły osób po wypadkach komunikacyjnych. W pierwszych badaniach (Zdankiewicz-Ściagała, Przybylska, 2002) nacisk położyłam na analizę procesu zmagania się ze skutkami traury w początkowej fazie. W tej fazie istnieje duże prawdopodobieństwo rozdźwięku między pamięcią emocjonalną a pamięcią deklaratywną i kontekstową samego zdarzenia. Celem badania było uchwycenie wzajemnych związków między temperamentem, sposobem kodowania oraz rozwojem ostrej fazy reakcji na traumę. Osobno weryfikowano rolę introwersji vs ekstrawersji i neurotyczności vs zrównoważenia emocjonalnego. Uzyskane rezultaty są spójne i zgodne z założonym modelem PRE. Im wyższy poziom neurotyczności tym silniejsza reakcja na zdarzenie. Za najważniejszy uznaję wynik wskazujący na interakcję introwersji i neurotyczności. Cechy te łącznie występujące wiążą się z silniejszym natężeniem dysocjacji okołourazowej. Efektem interakcji cech temperamentalnych wiążących się z wysoką aktywowalnością (introwersja) z silnie stymulującymi wydarzeniami życiowymi jest wzrost stanu stresu przechodzący w stan nadmiernego stresu (Strelau, 19998.s. 393). Osoby neurotyczne są mało odporne na stres ze względu na szczególną wrażliwość AUN. Sprawia to, że powstające emocje są silne i długotrwałe. Wnioski z tego badania były takie, że wymiar temperamentalny zorientowany na emocje, może odgrywać nie moderującą, ale główną rolę w reakcji na zdarzenie traumatyczne. Ponadto jak wynika z uzyskanych rezultatów w okresie bezpośrednio po zdarzeniu, wykazano silną dodatnią korelację między pojawieniem się wspomnień w postaci obrazowej (obrazy, dźwięki, doznania z organizmu, emocje) a globalnym wskaźnikiem siły reakcji na zdarzenie oraz wskaźnikiem dysocjacji

okołourazowej. Jako ważny wniosek należy uznać konkluzję, że osoby neurotyczne i jednocześnie introwertywne w większym stopniu predysponowane są do ponownego odtwarzania traumy w postaci niezasymilowanej. Ta biologiczna (dez)adaptacja ostatecznie kształtuje podstawę do rozwoju zaburzeń po traumie w postaci PTSD. Wnioski płynące z tego badania stały się predykcją do kolejnych badań (Zdankiewicz-Ścigała, 2004a). Przeprowadzone badanie podłużne określające temperament, strategie radzenia sobie oraz rodzaj kodowania bezpośrednio po zdarzeniu (co najmniej dwie doby po zdarzeniu) oraz przed końcem pierwszego miesiąca, w pełni potwierdziło ustalenia z badania pierwszego. Siła procesu pobudzenia korelowała istotnie dodatnio ze stosowaniem strategii skoncentrowanych na zadaniu oraz z pojawieniem się wspomnień zdarzenia w postaci historii oraz ujemnie z pojawieniem się wspomnień zdarzenia w postaci obrazowej miesiąc po zdarzeniu. Osoby o silnym typie układu nerwowego (duża wytrzymałość i mała wrażliwość) od początku starają się budować narrację. Odmienne rezultaty otrzymałam dla osób charakteryzujących się siłą procesu hamowania. Bezpośrednio po wypadku trudno było o jakąkolwiek reprezentację zdarzenia, co wskazuje na dysocjację okołourazową – amnezję. Dopiero w drugim pomiarze pojawiła się reprezentacja obrazowa oraz silna strategia skoncentrowana na unikaniu. Istotna okazała się także zależność dotycząca silnego związku między pojawieniem się wspomnień w postaci niezwerbalizowanej a nadmiernym pobudzeniem, unikaniem/odrętwieniem oraz upośledzeniem funkcjonowania. W kolejnym badaniu (Zdankiewicz-Ścigała, 2004b) badałam na ile narracyjna struktura koreluje z objawami oraz czy istotna jest typowość vs nietypowość wspomnień z objawami zespołu stresu ostrego (ASD). Badanie miało także charakter podłużny. Im bardziej reprezentacja była fragmentaryczna tym silniejsze były objawy ASD w odniesieniu do kryteriów: pobudzenia i upośledzenia funkcjonowania. Wykazano brak istotnego związku między narratyzacją a globalnym wskaźnikiem ASD. Natomiast istotna okazała się zmienna typowość – nietypowość wspomnień. Siła stresu istotnie koreluje z nietypowością wspomnienia. A to z kolei dodatnio koreluje z siłą reakcji na uraz, intruzjami oraz upośledzeniem funkcjonowania.

Fakt, że budowanie historii trudnego doświadczenia zmienia w kierunku pozytywnym proces radzenia sobie ze skutkami traumy znalazł odzwierciedlenie w wynikach badania, które zrealizowałam wiele lat po omówionych wyżej (Zdankiewicz-Ścigała, Herda, Odachowska, 2018). Jest to jedno z pierwszych badań, w którym nie tylko poddano weryfikacji proces narratyzacji doświadczeń przez dzieci po starcie bliskich, ale także weryfikacji poddany został program przeprowadzania dzieci przez żałobę. Fakt ten w badaniu jest nie do przeceniania, z uwagi na to, że realnie mogliśmy pomóc badanym przez nas

dzieciom. Zadałyśmy sobie pytanie „Jak dzieci opisują doświadczenie utraty bliskiej osoby?”. Badanie z jednej strony miało na celu poznanie dziecięcych narracji traumatycznej sytuacji, z drugiej bazując na wynikach omówionych wyżej miało na celu pomóc dzieciom w poradzeniu sobie ze skutkami traumy. Badanie oparto na założeniach psychologicznych teorii dotyczących przeżywania straty i podziału żałoby na następujące po sobie fazy oraz na nadawaniu znaczenia i kształtowaniu samopoczucia poprzez narrację. Okazało się że formułowanie własnych potrzeb może być czynnikiem leczącym, a przeżywanie emocji zarówno pozytywnych, jak i negatywnych pomaga przejść przez proces żałoby. Zgodnie z etapami przeżywania żałoby przyjęto, że możliwość pożegnania, choćby symbolicznego, z osobą zmarłą ma wpływ na proces adaptacji po stracie i tym samym na dobrostan psychiczny. Ważnym czynnikiem pomagającym w budowaniu spójnej historii dotyczącej straty bliskich jest otrzymywane wsparcie bliskich dorosłych z otoczenia dziecka, **którzy układając z dzieckiem historię** sprawiają, że staje się ona bardziej typowa i mniej bolesna.

Poszukując od strony psychologicznej czynników ochronnych w konfrontacji z traumą, obok badania temperamentu, narratyizacji doświadczenia, skupiłam się w kolejnych badaniach na dwóch z nich: sile nadziei podstawowej w kontekście strategii radzenia sobie z nieodwracalną stratą, a także w kontekście wzrostu potraumatycznego (Zdankiewicz-Ściagała, 2009) oraz na prężności psychicznej (Tomaszek, Zdankiewicz-Ściagała, i in., 2018). Otrzymane rezultaty są bardzo zachęcające w kontekście poszukiwania czynników ochronnych wobec skutków traumy. Wykazałam, że wysoka nadzieja podstawowa wspomaga noetyczny rozwój, który rozumiany jest jako zwrócenie się ku religii, ku sferze transcendentalnej, tym samym zwrotnie sprzyja to podtrzymywaniu czy nawet wzrostowi siły nadziei podstawowej. Badania omówione przez ze mnie wykazały, że siła nadziei podstawowej moderuje proces zmian po traumie w kierunku szukania nowych sensów i otwierania się na nowe obszary społecznej aktywności. Z kolei badanie zrealizowane we współpracy z Aleksandrą Tomaszek, a dotyczące psychologicznych aspektów w sytuacji bycia żywym dawcą nerki wykazało, zmianę jakości życia po przeszczepieniu, zmianę relacji dawcy i biorcy, oraz związek donacji nerki z natężeniem stresu ekstremalnego. Zabieg donacji nerki wywołał u dawcy narządu wzrost potraumatyczny. Ponadto zarejestrowano pojawienie się zjawiska prężności u dawców. **Jest to pierwsze badanie tego typu w Polsce i jedno z nielicznych na świecie.** W chwili obecnej kontynuujemy badania, tym razem skupiając swoją uwagę na psychologicznych aspektach radzenia sobie z procesem transplantacji przez biorców nerki, pod kątem roli aleksytymii w procesie radzenia sobie z

emocjami, typu poczucie winy, lęk. Celem projektu jest także wypracowanie procedur zmniejszających ryzyko powikłań somatycznych.

5.3.Rola aleksytymii i dysocjacji w patomechanizmie rozwoju PTSD oraz w zaburzeniach po traumach złożonych

Niezwykle istotnym obszarem mojej pracy badawczej w chwili obecnej jest szukanie mechanizmów odpowiedzialnych za utrzymywanie się zaburzeń po traumie. Trauma na krótki bądź długi czas zaburza czy wręcz uniemożliwia integrację na wielu poziomach funkcjonowania, ważne jest zrozumienie mechanizmów odpowiedzialnych za pogłębianie się dezintegracji, która jest najbardziej destrukcyjnym skutkiem doświadczeń traumatycznych. **Mój wkład w tym obszarze polega na uwzględnieniu jednocześnie dwóch filarów podtrzymujących zaburzenia po traumie, aleksytymię i dysocjację.** Na razie w tym obszarze opublikowałam trzy badania, kolejne są w przygotowaniu do publikacji: pierwsze, dotyczące związku stylów więzi, aleksytymii i dysocjacji u dorosłych osób z PTSD (Zdankiewicz-Ścigała- Strzeczkowska, 2018); drugie, skoncentrowane na rodzaju przeżytej traumy i głębokości objawów PTSD u kobiet (Zdankiewicz-Ścigała, Szczepaniak, 2018); trzecie dotyczy związku wczesnodziecięcych traum z siłą Ja cielesnego w kontekście aleksytymii oraz dysocjacji (Zdankiewicz-Ścigała i in., 2018). Rezultaty uzyskane przeze mnie w wyniku przeprowadzonych badań są bardzo spójne. I tak w badaniu pierwszym mój wkład polegała na tym, że potwierdzony został związek lękowych więzi z aleksytymią i dysocjacją, oraz wykazałam, że natężenie objawów PTSD jest silniejsze w grupie, w której zdiagnozowano lękowe style więzi, wyższy poziom aleksytymii i dysocjacji. Za ważny w tym badaniu uznaję wynik, że natężenie poziomu dysocjacji było wyższe wówczas, gdy sprawcą traumy są osoby bliskie.

Drugie badanie można uznać za kontynuację pierwszego. Badaniu poddano jedynie kobiety, a kryterium różnicującym był rodzaj doznanej traumy. **Mój wkład w tym badaniu polegał na weryfikacji założenia odnośnie tego, że rodzaj traumy: intencjonalna vs nieintencjonalna zmienia udział aleksytymii i dysocjacji w podtrzymywaniu objawów traumy.** Wykazano statystycznie istotne różnice między badanymi grupami w odniesieniu do poziomu PTSD, aleksytymii i dysocjacji. W grupie kobiet, które doznały traumy o charakterze seksualnym (ST) uzyskano znacznie głębsze objawy PTSD, szczególnie w zakresie kryterium C, unikania bodźców związanych z traumą (zgodnie z DSM IV TR). Ponadto u osób po traumie seksualnej występuje znacznie wyższy poziom aleksytymii w

porównaniu z osobami, które doznały traumy nieintencjonalnej (NST) w odniesieniu do podskal identyfikacji emocji i opisu własnych emocji. Badając rolę aleksytymii i dysocjacji w podtrzymywaniu objawów PTSD wykazano odmienny profil dla grupy osób po traumie gwałtu w porównaniu z grupą NST. Podwyższone wyniki w grupie ST uzyskano dla skali depersonalizacji i amnezji oraz dla grupy NST – dla skali zaabsorbowania sobą. Nowum tych badań jest zwrócenie uwagi na rolę czynników utrudniających proces radzenia sobie ze skutkami traumy. Tym samym jest to ważny wynik, jeżeli chodzi o dobór odpowiedniej procedury psychoterapii dla ofiar traum o zróżnicowanej genezie.

Trzecie badanie wykracza poza zakres poprzednich z uwagi na to, że dotyczy związku traumy wczesnodziecięcej z siłą Ja cielesnego w kontekście dysocjacji i aleksytymii. **Mój wkład polega na powiązaniu w jednym badaniu ważnych czynników ryzyka deficytów w rozwoju Ja cielesnego i pokazanie ich wzajemnych powiązań i zależności. Jest to pierwsze badanie w literaturze, tak ujmujące problematykę wyznaczników siły Ja cielesnego.** Ten obszar w psychologii światowej zaczyna się rozwijać bardzo dynamicznie, łącząc póki co aleksytymię z interocepcją, lub traumę z dysocjacją somatoformiczną. Projekty które rozwijam uwzględniają traumę, aleksytymię oraz dysocjację, w tym dysocjację somatoformiczną. Uzyskane rezultaty potwierdziły, iż trauma, aleksytymia i dysocjacja są istotnymi predyktorami siły Ja cielesnego. Szczególny wpływ wykazano dla zaniedbania emocjonalnego i przemocy emocjonalnej. Okazało się, że powstałe na bazie traumy deficyty przyczyniają się do rozwoju zaburzeń Ja cielesnego, a największą rolę w tym procesie przypisać należy **trudnościom w identyfikacji emocji i depersonalizacji.** Oprócz stwierdzenia wagi traumy, aleksytymii i dysocjacji w rozwoju Ja cielesnego celem tego badania było sprawdzenie, czy aktywność fizyczna określonego rodzaju jest w stanie wpłynąć na redukcję zaobserwowanych deficytów i zmniejszenie poziomu aleksytymii i dysocjacji. Uzyskałam bardzo zachęcające wyniki. Po trzech miesiącach aktywności fizycznej istotny statystycznie okazał się wpływ aktywności fizycznej (zarówno jogi, jak i ćwiczeń siłowych) na jeden z wymiarów Ja cielesnego: interpretację doznań w kategoriach emocji oraz wynik grupy trenującej jogę a dotyczący poziomu trudności w identyfikacji emocji (różnica między pierwszym a drugim pomiarem jest na poziomie tendencji statystycznej, $p = 0,06$).

Mój wkład w omówionym wyżej obszarze badań polega na wykazaniu, że konieczne jest w mechanizmie rozwoju PTSD, w diagnozie i psychoterapii uwzględnienie dyspozycyjnych deficytów w przetwarzaniu poznawczym pobudzenia emocjonalnego występującego po doznanej traumie, opisywanych pod postacią aleksytymii i dysocjacji. Co więcej możliwość odniesienia wyników tych badań do badań monitorujących pracę mózgu

osób po traumie w kontekście PTSD aleksytymii i dysocjacji (np. Frewen i in. 2006) może wzbogacić wnioskowanie diagnostyczne oraz zaproponować pacjentom odpowiednie treningi poznawcze przywracające zaburzone funkcje mózgu. Takie interwencje psychologiczne mogą być bardzo skuteczną pomocą dla osób z PTSD.

5.4.Prace z zakresu psychometrii

Z uwagi na to, że obszar moich teoretycznych zainteresowań ogniskuje się wokół problematyki aleksytymii nieodzowna stała się adaptacja kwestionariuszy służących do pomiaru aleksytymii. Pierwsze prace w tym obszarze przeprowadziłam we współpracy z Prof. Tomaszem Maruszewskim (Maruszewski, Ścigała, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998). Prace psychometryczne dotyczyły dwóch kwestionariuszy Toronto Alexithymia Scale (TAS – 26) oraz Skali Bermonda-Vorsta (ALEX 40). Twórcy skali do pomiaru aleksytymii Michael Bagby, James Parker i Graeme Taylor opracowali nową wersję Toronto Alexithymia Scale (TAS – 20), stąd w chwili obecnej przygotowujemy już do publikacji polską wersję skali poddając analizie jej własności psychometryczne (Ścigała, Zdankiewicz-Ścigała, Bedyńska, Kokoszka, w przygotowaniu do druku). Badania zostały przeprowadzone na populacji klinicznej (uzależnieni od alkoholu i chorzy na schizofrenię) oraz populacji ogólnej. Kolejne przygotowane do publikacji analizy dotyczą kwestionariusza do badania dysocjacji Levisa Goldberga Curious Experiences Survey (CES) (Ścigała, Zdankiewicz-Ścigała, Bedyńska, Borowska, w przygotowaniu do druku). Badanie także zostało przeprowadzone na grupie klinicznej i populacji ogólnej. Mój udział w tych projektach polega na przygotowaniu i adaptacji wersji językowych. Oba kwestionariusze poddane zostały translacji przez niezależnych dwujęzycznych tłumaczy. Poza tym przygotowywałam projekt badań oraz koordynowałam ich przebieg i prawidłowość. Poza tym uczestniczę w przygotowaniu merytorycznie raportów statystycznych, ich analizie i opracowaniu pierwotnej i ostatecznej wersji przygotowanych do publikacji.

Elżbieta Zdankiewicz-Ścigała

osób po traumie w kontekście PTSD aleksytymii i dysocjacji (np. Frewen i in. 2006) może wzbogacić wnioskowanie diagnostyczne oraz zaproponować pacjentom odpowiednie treningi poznawcze przywracające zaburzone funkcje mózgu. Takie interwencje psychologiczne mogą być bardzo skuteczną pomocą dla osób z PTSD.

5.4. Prace z zakresu psychometrii

Z uwagi na to, że obszar moich teoretycznych zainteresowań ogniskuje się wokół problematyki aleksytymii nieodzowna stała się adaptacja kwestionariuszy służących do pomiaru aleksytymii. Pierwsze prace w tym obszarze przeprowadziłam we współpracy z Prof. Tomaszem Maruszewskim (Maruszewski, Ścigała, 1997; Maruszewski, Ścigała, 1998). Prace psychometryczne dotyczyły dwóch kwestionariuszy Toronto Alexithymia Scale (TAS – 26) oraz Skali Bermonda-Vorsta (ALEX 40). Twórcy skali do pomiaru aleksytymii Michael Bagby, James Parker i Graeme Taylor opracowali nową wersję Toronto Alexithymia Scale (TAS – 20), stąd w chwili obecnej przygotowujemy już do publikacji polską wersję skali poddając analizie jej własności psychometryczne (Ścigała, Zdankiewicz-Ścigała, Bedyńska, Kokoszka, w przygotowaniu do druku). Badania zostały przeprowadzone na populacji klinicznej (uzależnieni od alkoholu i chorzy na schizofrenię) oraz populacji ogólnej. Kolejne przygotowane do publikacji analizy dotyczą kwestionariusza do badania dysocjacji Levisa Goldberga Curious Experiences Survey (CES) (Ścigała, Zdankiewicz-Ścigała, Bedyńska, Borowska, w przygotowaniu do druku). Badanie także zostało przeprowadzone na grupie klinicznej i populacji ogólnej. Mój udział w tych projektach polega na przygotowaniu i adaptacji wersji językowych. Oba kwestionariusze poddane zostały translacji przez niezależnych dwujęzycznych tłumaczy. Poza tym przygotowywałam projekt badań oraz koordynowałam ich przebieg i prawidłowość. Poza tym uczestniczę w przygotowaniu merytorycznie raportów statystycznych, ich analizie i opracowaniu pierwotnej i ostatecznej wersji przygotowanych do publikacji.

Elżbieta Zdankiewicz-Ścigała