

Dr Bernarda Bereza  
*Katedra Psychologii Klinicznej  
Katolicki Uniwersytet Lubelski*

Dr n. med. Justyna Pawężka  
*II Klinika Psychiatrii  
i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM  
w Lublinie*

*„Obraz pięknego, mocnego drzewa,  
które umiało zagoić swe rany,  
będzie bardziej przydatny niż zaprzeczanie doświadczeniu  
lub robienie z siebie wiecznej ofiary”*

*Peter A. Levine*

## **Choroba alkoholowa jako czynnik ryzyka wystąpienia traumy w rodzinie**

### **Wprowadzenie**

Według najbardziej rozpowszechnionej wśród psychologów i psychiatrów definicji, trauma rozumiana jest jako całościowa reakcja organizmu na zdarzenie, w którym zagrożone jest zdrowie lub życie osoby bądź kogoś spośród jej bliskich. W najnowszym systemie klasyfikacji chorób, zaburzeń i przyczyn zgonów (DSM-5) kryteria diagnostyczne traumy – dotychczas identyfikowanej głównie z zaburzeniem stresu pourazowego (PTSD) oraz ostrą reakcją na stres, a więc z zaburzeniami lękowymi – przesunięte zostały do grupy zaburzeń związanych z urazem lub stresem. Podkreślono w ten sposób znaczenie wystąpienia wyraźnego czynnika etiologicznego w powstaniu traumy, co różnicuje ten typ zaburzeń w funkcjonowaniu psychiki od innych zaburzeń natury lękowej (APA, 2013).

## 1. Kryteria rozpoznawania traumy

Najnowsze ustalenia odnośnie do tego, czym jest trauma, pozwalają ją rozpoznać wówczas, gdy pod wpływem zadziałania określonego zdarzenia (stresora), typu: (1) narażenie (ekspozycja) osoby na śmierć; (2) narażenie na zagrożenie śmiercią; (3) narażenie na poważne zranienie, obrażenia lub zagrożenie zranieniem, obrażeniami; (4) narażenie na przemoc seksualną lub groźbę przemocy seksualnej; wystąpi co najmniej jedna z poniższych okoliczności tych zdarzeń: (1) bezpośrednie doświadczenie zdarzenia urazowego; (2) bycie (osobiste) świadkiem zdarzenia urazowego, które przytrafiło się innym; (3) uzyskanie (w sposób pośredni) informacji o tym, że ktoś z bliskich (członek rodziny lub przyjaciel) był narażony na uraz. Przy czym jeżeli wydarzenie urazowe dotyczyło śmierci lub zagrożenia utraty życia osoby bliskiej, to musiało mieć charakter gwałtowny (np. przemoc) lub przypadkowy (np. wypadek); (4) osoba doświadczała powtarzających się, ekstremalnych ekspozycji na awersyjne szczegóły zdarzenia urazowego, zwykle podczas wykonywania czynności służbowych (np. pracownicy służb emergencyjnych – ratownicy medyczni, policjanci, strażacy). Wyklucza się natomiast kontekst pozazawodowy doświadczenia urazu (np. ekspozycja na filmy, zdjęcia, media elektroniczne) (APA, 2013).

## 2. Alkohol w rodzinie jako czynnik ryzyka wystąpienia traumy

Działanie człowieka pod wpływem środków odurzających świadomość może w skrajności przybierać formy niewyobrażalne. Współcześnie alkohol nadal jest jedną z najbardziej dostępnych substancji psychoaktywnych na rynku spośród możliwych. Osoba pijąca, tracąc kontrolę nad spożywaniem alkoholu, staje się potencjalnym oprawcą dla innych. Nie chodzi tu o to, że alkohol powoduje agresję (jest raczej usypiaczem), natomiast w mózgu zmienia aktywność neuroprzekazników, redukuje zahamowania, hamuje ośrodki kontroli, wywołując działania, na jakie człowiek trzeźwy by sobie nie pozwolił (Ryszkowski i in., 2015; Pernanen, 1981). Chroniczne nadużywanie substancji, jakie ma miejsce w chorobie alkoholowej, prowadzi do degradacji nie tylko wewnętrznych ośrodków kontroli osobistej. Alkohol wpływa na wiele różnych obszarów mózgu (jedne pobudza, inne hamuje), doprowadzając w konsekwencji do stanów zmienionej percepcji

rzeczywistości oraz patologicznego już zniekształcenia w obrębie działania struktur mózgu. Chroniczne spożywanie alkoholu powoduje dysfunkcji kory mózgowej, szczególnie płata skroniowego, co sprzyja znaczącej patologii zachowania (Pernanen, 1981). Niektóre z receptorów w mózgu pod wpływem użycia alkoholu stają się zbyt aktywne, co w rezultacie daje objawy uboczne, odczuwalne na poziomie fizycznym i psychicznym dla pijącego, ale też zbierające zniwo w środowisku społecznym chorego. Głównie jego najbliższej rodzinie (Ryszkowski i in., 2015).

Prawie zawsze alkohol towarzyszy przemocy domowej. Prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy w rodzinach alkoholowych jest ponad dwukrotnie większe niż w pozostałych (Kluczyńska, 1999). Statystyki policyjne w obrębie notowanych interwencji z użyciem przemocy pod wpływem alkoholu są przerażające. Tylko w 2016 r. zanotowano 46 537 podejrzanych sprawców będących pod wpływem alkoholu. Blisko dwa tysiące w tej grupie stanowiły kobiety. Liczba dzieci umieszczonych w niezagrażających im miejscach (np. rodzina zastępcza, dalsza rodzina, placówki opiekuńcze) sięgała 598 osób<sup>1</sup>. Pociuszającym jednak jest to, że w uprzednich latach notowania te były jeszcze większe.

W takim kontekście tematyka traumy jak najbardziej dotyczy rodzin, w których jedna, a czasem więcej osób nałogowo pije. Należy pamiętać, że to, co potocznie rozumiemy jako trauma (patrz: wyżej) jest tylko jednym z typów opisywanego zjawiska. Ta definicja pasuje do czegoś, co nazwalibyśmy traumą szokową. Tego typu trauma występuje wówczas, gdy ktoś doświadcza zdarzeń mogących zagrozić jego życiu i uniemożliwiających mu adekwatne reagowanie. Dla opisanego doświadczeń osób żyjących w rodzinach alkoholowych, bardziej odpowiednie byłoby natomiast określenie „trauma rozwojowa” (Levine i in., 2017). Taki rodzaj traumy dotyka bowiem osoby, które pod wpływem długotrwałego krzywdzenia ich w dzieciństwie, zwykle mającego miejsce w rodzinach, doznały trwałych urazów psychicznych (Terr, 1991). Do poradzenia sobie z nimi potrzebują pomocy specjalistów.

### **3. Trauma rozwojowa w rodzinach alkoholowych**

Rodzina z problemem alkoholowym to taka, w której przynajmniej jedna z osób pije w sposób przynoszący pozostałym członkom rodziny szkodę (Sztander,

---

<sup>1</sup> <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>

1993). Doświadczenia dnia codziennego, z jakimi przychodzi radzić sobie rodzinom z problemem alkoholowym, nabierają znamion długotrwałego i uciążliwego stresu psychologicznego, z racji siły i zakresu którego, określić je można jako stres ekstremalny lub traumatyczny. Nie dotyczy to tylko i wyłącznie zdarzeń bezpośrednio związanych ze stanem upojenia alkoholowego osoby uzależnionej lub nadmiernie pijącej. Członkowie rodzin z problemem alkoholowym funkcjonują w określonych schematach, które są rodzajem ich psychicznej adaptacji do trudnej sytuacji życiowej, a mają swe – zwykle utrwalone – konsekwencje w przyszłości dziecka, zwłaszcza w psychologicznym wymiarze.

O traumie rozwojowej u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym można mówić w wielu kontekstach. Ten najbardziej oczywisty łączy się bezpośrednim zagrożeniem ich zdrowia (integralności fizycznej i psychicznej) oraz życia. Coraz częściej media nagłaśniają przypadki rażących zaniedbań ze strony rodziców będących pod wpływem alkoholu oraz mających w tym czasie miejsce wypadkach z narażeniem zdrowia i życia dzieci. Jednak trauma rozwojowa to nie tylko przemoc fizyczna. To przede wszystkim deprivacja podstawowych potrzeb rozwojowych, różnego typu formy zaniedbywania i wykorzystywania (w tym nadużycia seksualne). Udokumentowano wiele doniesień z badań oraz klinicznych studiów przypadków, z których wynika, że nieobecność rodzica we wczesnym etapie życia (niekoniecznie fizyczna, ale też emocjonalna niedostępność, psychiczna absencja jaka ma miejsce m.in. pod wpływem środków odurzających) wywiera znaczący wpływ na dalsze funkcjonowanie człowieka, w zasadzie we wszystkich możliwych aspektach jego życia (por. np. Braun i in., 2009; Herman, 2004; Lipowska-Teutsch, 1995; Miller, 2006). Należy pamiętać, że zjawisko alkoholizmu nie dotyczy tylko i wyłącznie dla mężczyzn. Podobnie brak prawidłowych wzorców w rodzinie i relacji między rodzicami może stać się potencjalnie przeżyciem ekstremalnie negatywnym dla dziecka i jego (nie)umiejętności odnalezienia się w relacjach z ludźmi. Rozmiar zakłóceń będzie oczywiście zróżnicowany ze względu na indywidualną podatność osoby, subiektywną głębokość deficytu więzi rodzicielskiej oraz szeregu innych zmiennych pośredniczących.

Nie zmienia to faktu, że bycie dzieckiem osoby uzależnionej łączy się z chronicznym doświadczaniem sytuacji, zdarzeń i przeżyć emocjonalnych, które w wielu przypadkach przerastają możliwości sprostania im (Sztander, 1999). W rodzinach alkoholowych potrzeby, uczucia oraz reakcje dziecka są zawsze wtórne wobec potrzeb, uczuć i zachowań osoby pijącej. Często jest tak, że są im wręcz

podporządkowywane (Brown, 1995). Dzieciom stawiane są wymagania, którym w kontekście rozwojowym nie mają nawet szans sprostać. Po pierwsze są to zadania natury fizycznej (np. nadmiar obowiązków nieadekwatnych do wieku i roli dziecka), po wtóre natury psychicznej (życie w stanie ciągłego napięcia psychicznego oraz niepisanych reguł wynikających z mechanizmu zaprzeczania – „nie mów”, „nie czuj”, „nie ufaj”, „nie zmieniaj”) (por. np. Weinmüller i in., 2005).

Sztander (1993) dzieli wydarzenia traumatyczne w rodzinie z problemem alkoholowym na dwa rodzaje: ostre i rozmyte. Do pierwszej grupy włącza epizodyczne lub nawracające, powtarzające się urazowe doświadczenia (ból, przemoc, upokorzenia, nadużycia seksualne). Do drugiej zalicza panujący w rodzinach z problemem alkoholowym chaos, brak porządku i stabilności wydarzeń w życiu domowym, niekonsekwencję oraz nieprzewidywalność zachowań rodziców, towarzyszący temu wszystkiemu ciągły niepokój, świadomość grożącej katastrofy, doświadczanie zagubienia. Wg teorii Levine'a pierwsza z tych grup byłaby traumą szokową, druga traumą rozwojową.

W takie rozumienie traumy rozwojowej wkomponowuje się podział Skrzypczaka (2003) zdarzeń traumatycznych, wyłoniony na bazie wieloletniego doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi osób uzależnionych od alkoholu. Do zdarzeń urazowych o charakterze przewlekłym zalicza on: (1) oszukiwanie – okłamywanie i niedotrzymywanie obietnic przez rodziców, uczucie zawodu doświadczanego przez dzieci, wynikające z różnicy między oczekiwaniami w stosunku do rodziców a przeżywaną rzeczywistością; (2) nadmierny krytycyzm – nieadekwatne ocenianie zachowań dziecka, stawianie mu bardzo wysokich wymagań; (3) niesprawiedliwe traktowanie ze strony rodziców – ponoszenie przez dzieci nieadekwatnych w stosunku do przewinień konsekwencji, których przyczyną (pośrednią lub bezpośrednią) było spożywanie alkoholu przez któregoś z rodziców; (4) bycie świadkiem bądź ofiarą przemocy – obserwowanie przejawów przemocy (emocjonalnej, fizycznej lub intelektualnej) w stosunku do ważnych osób z otoczenia dziecka; (5) przemoc emocjonalną – deprecjonowanie przez rodziców zdolności i umiejętności dzieci, przedmiotowe ich traktowanie, awantury i kłótnie z wyzwiskami i wulgaryzmami kierowanymi do dziecka; (6) przemoc fizyczną – używanie siły wobec dziecka, doznawanie urazów fizycznych, których sprawcami byli rodzice; (7) porzucenie – pozostawianie dzieci bez opieki przez dłuższy czas, odejście rodzica od dziecka bez podania przyczyn i wyjaśnienia sytuacji (np. długi brak kontaktu z dzieckiem, niezrozumiała dla dziecka sytuacja rozvodu) oraz (8)

nadużycia seksualne – gwałty, molestowanie seksualne, obnażanie się przy dziecku, odbywanie stosunków seksualnych w zasięgu wzroku lub słuchu dziecka (Skrzypczyk, 2003, s. 4).

#### 4. Strategie przetrwania w traumie

Kluczową kwestią dotyczącą rodzin z problemem alkoholowym poruszaną w kontekście traumy, jest świadomość życia w ciągłym lęku. Robinson (1998) o tego typu rodzinach pisał, że „klimat emocjonalny i domowe reguły postępowania ulegają raptownym zmianom w zależności od poziomu alkoholu we krwi” (tamże, s. 14). Sytuacja psychologiczna osób nieuzależnionych żyjących pod jednym dachem z osobą uzależnioną to poczucie braku bezpieczeństwa i zaufania, poczucie niepewności i stałego zagrożenia, braku kontroli nad własnym życiem, nieprzewidywalność oraz skupianie całej swej energii życiowej na osobie pijącej. Strategią w tej sytuacji jest przetrwanie, a więc sytuacja, w której obowiązują sztywne role, sztywne normy i zasady, zmowa milczenia. Z czasem zaprzeczanie własnym emocjom powoduje odrealnienie i utratę kontaktu z samym sobą.

Z doświadczeniem traumy organizm ludzki radzi sobie na kilku poziomach. Zawsze pierwotnym sposobem zażegnania ekstremalnie trudnych dla psychiki wydarzeń, będzie biologiczna reakcja ciała, polegająca na „zamarciu”. W sytuacjach urazowych człowiek (podobnie jak zwierzęta) reaguje fizjologicznym zamarciem w obliczu tego, co postrzegane jest jako nieuniknione lub przytłaczające zagrożenie. Jest to reakcja niezależna od woli. Wywołujący ją fizjologiczny mechanizm pochodzi z prymitywnych, rządzących instytutami części mózgu (tzw. mózg gadzi) oraz całego systemu nerwowego (Levine i in. 2017). Ta reakcja nie podlega zatem kontroli świadomości. Energia nagromadzona do poradzenia sobie z ekstremalnym stresem, pod wpływem zaskakującej siły stresora zostaje zablokowana, „uwięziona w systemie nerwowym”. Często wymusza ona pojawienie się różnych objawów klinicznych (niepokoju, depresji, problemów natury psychosomatycznej, zaburzeń zachowania). Dzieje się to, czego należy się spodziewać. Trauma „zbiera swe żniwo” w czasem tak odległej, że aż trudno kojarzonej z danym zdarzeniem urazowym, przyszłości (można to usłyszeć w wypowiedziach osób strauumatyzowanych - „myślałem(a), że sobie już z tym poradziłem(a)”).

Tak jak na poziomie fizjologicznym, przystosowaniem do traumy jest pewien rodzaj zamarcia w ciele, tak na poziomie psychologicznym – i to dzieje się zwłaszcza

w rodzinach z problemem alkoholowym – rodzajem wypracowanych nieświadomie sposobów adaptacji są sztywne na ogół role / skrypty funkcjonowania, w które wchodzi osoba z doświadczeniem traumy. Do tych najbardziej powszechnych, szeroko opisywanych w literaturze należą: (1) pełnomocnik – najczęściej jest to parter osoby uzależnionej, który bierze na siebie większość obowiązków związanych z życiem rodziny, swoich oraz osoby pijącej, co prowadzi do przemęczenia, przepracowania i wyczerpania; (2) bohater – najczęściej najstarsze dziecko w rodzinie, które swoim nienagannym zachowaniem stara się odciągnąć uwagę od osoby uzależnionej, opieka i troska o innych łączy się z utratą cieszenia się dzieciństwem oraz ponoszeniem kosztów psychosomatycznych; (3) kozioł ofiarny – zwykle drugie dziecko w rodzinie, które nie uzyskując oczekiwanej uwagi rodziców popada w konflikty i zachowania aspołeczne, odciąga nimi uwagę od osoby uzależnionej, ale zostaje skazane przez rodzinę na straty, słysząc, że nic w życiu nie osiągnie; (4) maskotka – najmłodsze dziecko, które rozładowuje napięcie w rodzinie poprzez błaznowanie i żartowanie, co stwarza okazję do okazywania emocji i uzyskiwania uczuć od innych, ale ceną za to jest zatrzymanie w niedojrzałej roli, pod spodem kryją się smutek i cierpienie; (5) zapomniane dziecko – rola przypisana dziecku, które pojawia się w rodzinie, gdy wszystkie role są już obsadzone, uzyskuje przez to względny spokój, ale w konsekwencji ma poczucie odrzucenia, zagubienia i samotności (pro. Np. Demczuk, 2011, s. 74-75). Przyjmowane przez dzieci role rzadko występują w czystej postaci, zwykle dziecko ujawnia cechy kilku ról, z przewagą jednej. Odgrywane role pełnią dwojaką funkcję. Po pierwsze służą przetrwaniu w rodzinie, po drugie kamuflują problem uzależnienia. Nie sprawdzają się natomiast w życiu poza rodziną, tracą tam swój sens i zaczynają działać na szkodę osób, które je stosują.

Innym rodzajem nieprawidłowego przystosowania do choroby alkoholowej w rodzinie jest ko-alkoholizm (inaczej współuzależnienie). O ile role rodzinne w większości przypadków dotyczą dzieci osób uzależnionych od alkoholu, o tyle współuzależnienie częściej łączone jest z osobą partnera osoby pijącej. Warto jednak podkreślić, że nie jest to sztywny podział. Często osobami współuzależnionymi są najstarsze dzieci w rodzinie, czasem także przyjaciele. Współuzależnienie jest szczególnym rodzajem relacji jaka łączy osobę pijącą z niepijącą. Mówiąc najprościej, tak jak życiem alkoholika rządzi alkohol, tak osoba, która pozwala, by alkohol i picie przez alkoholika rządziło także jej życiem, jest współuzależniona (por. np. Kalkowski, 2011).

Na patologiczny wymiar tego rodzaju przystosowania do życia w rodzinie z osobą uzależnioną wpływa destrukcyjny, wręcz niewolniczy wymiar więzi (Sztander, 2002), w ramach której (nie)podejmowane działania podtrzymują picie i/lub nie sprzyjają trzeźwieniu osoby uzależnionej od alkoholu.

W kontekście rozumienia etiologii traumy można przypuszczać, że zachowania osób współuzależnionych nie przynoszą oczekiwanych przez nich samych rezultatów dlatego, że energia skumulowana w wyniku doświadczania sytuacji potencjalnie traumatyzujących (lękowych) (patrz: mechanizm powstawania traumy opisany wyżej) – a będąca w tym przypadku przeciw potencjałem do działania – nie zostaje użyta we właściwym kierunku. Zmiana nie może nastąpić między innymi dlatego, że działa tu mechanizm zaprzeczania i jedna z niepisanych sztywnych reguł panujących w rodzinach z problemem alkoholowym – „*nie zmieniaj*” (por. np. Mellibruda, 2000).

### **Zakończenie**

Opisane wyżej strategie są – co widać wyraźnie – jedynie zorientowanymi na przetrwanie. Osoby uwikłane w sidła nałogu, wzrastają i żyją niejednokrotnie w warunkach deprivacji wielu zasadniczych potrzeb. Poza kwestią wyuczonych schematów, z których trudno jest im wyjść, część z tych osób obarczona bywa ryzykiem diagnozowanych z czasem deficytów psychofizycznych (poalkoholowe zaburzenia rozwojowe i neuropsychiatryczne itp.). Z bardzo prostego powodu osoby dotknięte traumą życia w rodzinie z problemem alkoholowym nie umieją się odnaleźć w nowej, innej dla nich rzeczywistości – nie znają jej. Kolejnym powodem bywa uwikłanie w konflikt lojalności wobec rodziny, z tej przyczyny „wybierają” tkwienie w znanych, sztywnych, ale paradoksalnie bezpiecznych dla nich skryptach funkcjonowania. Ich strategią radzenia sobie ze starumatykowaniem w dzieciństwie staje się brak reakcji, brak zmiany. Każda zmiana wiąże się z potencjalnie nowym lękiem i błędne koło toczy się dalej. Przy determinacji część z tych osób z czasem decyduje się podjąć ryzyko zmiany. W takiej sytuacji coraz odważniej szukają specjalistycznej pomocy. Na szczęście chętni mogą korzystać z pomocy terapeutów uzależnień, terapeutów współuzależnień, terapii DDA, psychoterapii oraz psychofarmakoterapii łagodzącej objawy lękowe. Ważnym jest propagowanie takich możliwości, popularyzacja wiedzy psychologicznej oraz wspieranie i dawanie nadziei tym, którzy jej szukają.



### **Bibliografia:**

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC.
- Brown, S. (1995). *Bezpieczne przejście. Powrót do zdrowia DDA*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Braun, K., Helmke, C., Bock, J. (2009). *Bindung und der Einfluss der Eltern-Kind-Interaktion auf die neuronale Entwicklung präfrontaler und limbischer Regionen: Tierexperimentelle Befunde*. [in]: K.H. Brisch, Th. Hellbruegge (Ed.). *Wege zu sichere Bindungen in Familie und Gesellschaft* (s. 52-79). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Demczuk, M. (2011). *Uzależnienie i zagrożenia z nim związane*. W: M. Demczuk (red.). *Z radością w dorosłość* (s. 66-85). Włodawa: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.
- Herman, J.L. (2004). *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.
- Hędzerek, M., Wnuk, M., Marcinkowski, J.T. (2009). Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(3), 309-315.
- Kalkowski, H. (2011). Współuzależnienie oraz fazy przystosowania się do życia w rodzinie z problemem alkoholowy. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4(8), 29-37.
- Kluczyńska, S. (1999). Zrozumieć sprawców przemocy. *Niebieska Linia*, 3, 10-15.
- Levine, P.A., Frederick, A. (2017). *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Lipowska-Teutsch, A. (1995). *Rodzina a przemoc*. Warszawa: PARPA.
- Mellibruda, J. (2000). *Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 691-710). Gdańsk: GWP.
- Miller, A. (2006). *Bunt ciała*. Poznań: Media Rodzina.
- Pernanen, K. (1981). *Theoretical aspects of the relationship between alcohol use and crime*. In: J.J. Collins (ed.). *Drinking and crime* (pp. 1-69). New York: Guilford
- Robinson, B.E. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- 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.
- Skrzypczyk, W. (2003). Przemoc emocjonalna wobec dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym. *Dziecko Krzywdzone*, 4, 1-10.

Sztander, W. (1993). Rodzina z problemem alkoholowym. Warszawa: PARPA.

Sztander, W. (2002). Problemy alkoholowe a rodzina. *Służba Zdrowia*, nr 51-56.

Statystyki policyjne

<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Weinmüller, E., Szewczyk, L. (2005). *Style radzenia sobie ze stresem u nastolatków z rodzin z problemem alkoholowym*. W: S. Steuden, M. Ledwoch (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości* (s. 121-141). *Problemy człowieka chorego*. Lublin: TN KUL.