

## Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej

State of health, social support and life satisfaction among Adult Children of Alcoholics (ACA) who receive therapeutic help

Jan Chodkiewicz<sup>1</sup>, Agata Wilska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

<sup>2</sup> Poradnia Zdrowia Psychicznego, szpital MSWiA w Łodzi

**Abstract – Introduction.** In the paper raises two research questions: firstly, a comparison of the state of mental health, social support and life satisfaction between Adult Children of Alcoholics (ACA) who receive therapeutic help and a control group, secondly the analysis of social support and mental health as predictors of life satisfaction among ACA and a control group.

**Method.** The General Health Questionnaire by Goldberg, the Social Support Scale by Fydrich et al., the Life Satisfaction Scale by Fahrenberg et al. were used in the study. Fifty five ACA and 55 persons from families without alcohol problems participated in the study.

**Results.** ACA, in comparison to the control group, manifest more anxiety and depression symptoms, subjectively feel that they receive poor social support, and are less satisfied with their life (the relationships with children, and friends, marriage, own person, sexual life, living situation). Emotional support among ACA is, contrary to the control group, positively related to health and work satisfaction, leisure time, own person, relationships with friends and general life satisfaction. Emotional support correlates negatively with satisfaction in marriage. Life satisfaction among ACA shows a strong correlation with external factors as emotional support and a weak correlation with internal factor as state of mental health.

**Key words:** ACA, state of health, mental health, social support, life satisfaction

**Streszczenie – Wstęp.** W pracy postawiono dwa cele badawcze – porównanie stanu zdrowia psychicznego, odczuwanego wsparcia społecznego oraz poziomu zadowolenia z życia u Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej i w grupie kontrolnej oraz sprawdzenie, w jaki sposób zadowolenie z życia w obu grupach powiązane jest z odczuwanym wsparciem społecznym oraz stanem zdrowia psychicznego.

**Metoda.** Zastosowano Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga, Skalę Wsparcia Społecznego Fydricha i wsp. oraz Kwestionariusz Zadowolenia z Życia Fahrenberga i wsp. W badaniach wzięło udział 55 osób z grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików oraz 55 osób niemających doświadczeń z uzależnionymi rodzicami.

---

Praca powstała w ramach działalności statutowej Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UŁ.

*Wyniki.* Dorosłe Dzieci Alkoholików, w porównaniu z grupą kontrolną, przejawiają więcej objawów lękowych i depresyjnych, subiektywnie odczuwają słabsze wsparcie społeczne, są również mniej zadowolone z życia, w tym z relacji z własnymi dziećmi, z małżeństwa/związku, z relacji z przyjaciółmi, z własnej osoby, sytuacji mieszkaniowej oraz życia seksualnego. Wsparcie emocjonalne jest u DDA, inaczej niż w grupie kontrolnej, dodatnio powiązane z zadowoleniem ze zdrowia, pracy, ze spędzania czasu wolnego, z samego siebie, z relacji z przyjaciółmi oraz z ogólnym zadowoleniem z życia i negatywnie – z zadowoleniem z małżeństwa/związku. Zadowolenie z życia u DDA wykazuje silne związki z czynnikiem zewnętrznym, jakim jest wsparcie emocjonalne i słabe związki z czynnikiem wewnętrznym, czyli stanem zdrowia psychicznego.

**Słowa kluczowe:** DDA, wsparcie społeczne, stan zdrowia, zdrowie psychiczne, zadowolenie z życia

## WSTĘP

Początek badań naukowych odnoszących się do Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) przypada na lata 60. ubiegłego wieku. I tak, w 1969 roku Cork (za 1) wykazała, że osoby wychowujące się w rodzinie dotkniętej alkoholizmem cierpią w życiu dorosłym na takie problemy psychologiczne, jak lęk, niepokój i apatia. Od tego czasu przeprowadzono wiele badań dotyczących psychospołecznego funkcjonowania DDA. Większość z nich, choć prowadzonych na różnych grupach (pacjenci poradni zdrowia psychicznego z rozpoznanym syndromem DDA, pacjenci leczący się w specjalistycznych ośrodkach terapii osób uzależnionych i członków ich rodzin, uczestnicy mitingów), wskazywało na pewne cechy wspólne. W tej grupie pacjentów stwierdzono objawy lękowe i depresyjne, dolegliwości somatyczne, zaburzoną samoocenę, nieufność i dystans w stosunku do otoczenia, problemy z kontrolą impulsów oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu bliskich, intymnych relacji (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). A także występowanie uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz zachowań antyspołecznych (9). Jednocześnie grupa okazała się wysoce heterogeniczna – znacznie zróżnicowana pod względem psychopatologii i jej nasilenia, obserwowano również istotne różnice między kobietami i mężczyznami (6, 8, 10, 11).

Występowanie opisanych powyżej objawów nie zostało potwierdzone we wszystkich badaniach. Velleman i Orford (12) przytaczają dane wskazujące, że mimo patologicznych sytuacji, zaistniałych w dzieciństwie, wiele dzieci alkoholików ustrzegło się przed ich negatywnymi konsekwencjami w dorosłym życiu. Choć badani, w porównaniu z grupą kontrolną, wcześniej opuszczali dom rodzinny, palili więcej papierosów oraz pili więcej alkoholu, to jednak ich życie rodzinne, zawodowe i społeczne było nie mniej stabilne niż innych osób. O odporności, zdaniem autorów, decydowało zewnętrzne wsparcie ze strony szkoły lub dalszej rodziny, relacje z bliskimi i przebieg kariery zawodowej. Jak również wykazał Sher (13) dziecięce doświadczenia z rodzicem uzależnionym od alkoholu nie przynoszą negatywnych skutków dla funkcjonowania psychologicznego w dorosłości. Wśród czynników, których ochronną rolę potwierdził empirycznie, znalazło się wsparcie społeczne udzielane dziecku, jego temperament oraz istnienie rytuałów

rodziny. Na znaczenie wsparcia społecznego, jako czynnika zmniejszającego poziom lęku oraz podwyższającego poczucie własnej wartości, u dzieci z rodzin alkoholowych zwrócili także uwagę Saranson i wsp. (za 1).

Przytaczane dane badawcze przemawiają za potrzebą dalszych analiz dotyczących występowania objawów psychopatologicznych u DDA. Wskazane wydaje się również podejmowanie badań nad zmiennymi, którym dotąd, w odniesieniu do tej grupy osób, poświęcano niewiele miejsca. Do takich zmiennych należy zaliczyć wsparcie społeczne oraz zadowolenie z życia.

Wsparcie społeczne – określane jako „istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się tym, że przez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (14: 14–15) – odgrywa niezwykle znaczącą rolę w funkcjonowaniu człowieka, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych i traumatycznych (14, 15). Chociaż, jak już wspomniano, wielu autorów zwraca uwagę na znaczenie wsparcia jako czynnika chroniącego przed negatywnymi skutkami oddziaływania uzależnionych rodziców na dziecko, nie zmienia to faktu, że w badaniach nad grupą DDA temu czynnikowi poświęca się zdecydowanie za mało miejsca. Wiele Dorosłych Dzieci Alkoholików, pozbawionych przez długi czas wsparcia ze strony najbliższych (pijącego rodzica, ale także niepijącego), może mieć trudności z jego przyjmowaniem lub przyjmować je w odmienny sposób niż osoby bez podobnych doświadczeń. Zjawisko to, jeśli zostanie potwierdzone, może mieć wpływ na proces pomagania pacjentom z rozpoznany syndromem DDA.

Problem zadowolenia z życia i jego jakości stał się ostatnio bardzo popularny dzięki psychologii pozytywnej, zapoczątkowanej przez Martina Seligmana w latach 90. ubiegłego wieku (16, 17, 18). Fahrenberg i wsp. określają zadowolenie z życia jako „indywidualną ocenę przeszłych i terażniejszych warunków życiowych oraz perspektyw na przyszłość” (19: 25). W licznych badaniach, prowadzonych w nurcie psychologii pozytywnej, zwraca się uwagę zarówno na czynniki sprzyjające zadowoleniu z życia, jak i obniżające jego jakość. Niezwykle ważne jest poszukiwanie zmiennych związanych z zadowoleniem z życia w różnych grupach osób. Niestety, w przypadku Dorosłych Dzieci Alkoholików praktycznie nie prowadzono badań nad zadowoleniem z życia. Opierając się na przytoczonych powyżej doniesieniach, wskazujących na występowanie w tej grupie pacjentów licznych objawów psychopatologicznych, można zakładać, że zadowolenie z życia tych osób będzie niższe w porównaniu z grupą kontrolną. Interesujące wydaje się nie tylko porównanie zadowolenia z życia osób, mających uzależnionych rodziców i osób bez takich doświadczeń, lecz również uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy w obu grupach z zadowoleniem z życia związane są te same zmienne. Ponieważ istnieją badania wskazujące na zależności między zadowoleniem z życia a zdrowiem, długością życia, poczuciem jego sensowności, jakością kontaktów międzyludzkich, samorealizacją (17, 19, 20), warto zidentyfikować czynniki związane z zadowoleniem z życia u DDA. Może się to bowiem okazać kluczowe dla lepszego zrozumienia funkcjonowania tej grupy pacjentów, a dzięki temu dla skuteczniejszej im pomocy.

W pracy postawiono dwa cele badawcze:

- porównanie stanu zdrowia psychicznego, odczuwanego wsparcia społecznego oraz poziomu zadowolenia z życia osób z grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików, korzystających z pomocy terapeutycznej i osób z grupy kontrolnej;
- sprawdzenie, w jaki sposób zadowolenie z życia osób z grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików i osób z grupy kontrolnej związane jest z odczuwanym wsparciem społecznym oraz stanem zdrowia psychicznego.

## METODY POMIARU I OSOBY BADANE

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga, Skalę Wsparcia Społecznego Fydrycha i wsp. i Kwestionariusz Zadowolenia z Życia Fahrenberga i wsp.

**1. Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga** (General Health Questionnaire – GHQ-28), zaadaptowany przez Makowską i Merecz (21), ocenia objawy somatyczne, lęk i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania oraz objawy depresji. Ma na celu wykrywanie zaburzeń psychicznych wśród osób korzystających z usług zakładów podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych placówek lecznictwa otwartego. Sumę punktów uzyskaną w kwestionariuszu wykorzystuje się do ilościowego oszacowania nasilenia niepsychotycznego zaburzenia funkcji psychicznych. Wartości GHQ mogą być więc jednym ze wskaźników prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń psychicznych. Kwestionariusz składa się z 4 skal i 28 pozycji, po 7 na każdą skalę. Odpowiadając na pytania badany wybiera jedną z czterech odpowiedzi punktowanych od 0 do 3. Ogólny wynik jest sumą punktów za odpowiedzi na wszystkie pytania. Im wyższy wynik, tym gorszy stan zdrowia psychicznego. Rzetelność kwestionariusza oszacowano na podstawie badań trzech grup. Uzyskane wskaźniki rzetelności dla wyniku ogólnego wynoszą 0,91–0,93. Współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych skal są również wysokie (21).

**2. Skala Wsparcia Społecznego** (Soziale Unterstützung Fragebogen – SOZ-U) Fydrych, Geyer, Hessel, Sommer i Brähler, zaadaptowana przez Juczyńskiego (22), określa ogólny wskaźnik subiektywnego poczucia wsparcia społecznego oraz wskaźnik trzech rodzajów wsparcia: emocjonalnego (akceptacja ze strony innych, okazywanie współczucia), praktycznego (pomoc w codziennych problemach) i integracji społecznej (posiadanie kręgu przyjaciół, znajomych). Skala zawiera 22 stwierdzenia oceniane 5-stopniowo (od 1 – zupełnie mnie nie dotyczy do 5 – całkowicie mnie dotyczy). Im wyższy wynik, tym wyższe odczuwane wsparcie. Na podstawie dotychczasowych badań parametry psychometryczne wersji polskiej można uznać za zadowalające (22).

**3. Kwestionariusz Zadowolenia z Życia** (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – FLZ) Fahrenberg, Myrtek, Schumacher i Brähler (18), zaadaptowany przez Chodkiewicza (23), składa się z 10 podskal, mierzących zadowolenie w takich aspektach życia jak: zdrowie, praca i zawód, sytuacja finansowa, czas wolny, mał-

żeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi, własna osoba, przyjaciele/znajomi, mieszkanie, seksualność. Każda podskala zawiera 7 pozycji, odpowiedzi oceniane są 7-stopniowo (od 1 – bardzo niezadowolony do 7 – bardzo zadowolony). Oblicza się również wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia poprzez dodanie surowych wyników siedmiu podskal. W wyznaczaniu ogólnego zadowolenia z życia nie bierze się pod uwagę wyników podskal praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski oraz relacje z własnymi dziećmi, ponieważ nie dotyczą wszystkich badanych. Im wyższy wynik, tym większe zadowolenie z życia. Polska wersja kwestionariusza ma dobre właściwości psychometryczne. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha wynoszą od 0,80 (własna osoba) do 0,96 (zdrowie). W badaniu za pomocą procedury test–retest (z zachowaniem miesięcznego odstępu) otrzymano współczynniki korelacji od 0,61 (własna osoba) do 0,97 (satysfakcja ze związku). Trafność oceniano porównując wyniki uzyskane w Kwestionariuszu ze Skalą Satysfakcji Życiowej Dienera i wsp., Kwestionariuszem Sf-36 Ware’a i drabiną Cantrilla (23).

Badania przeprowadzone w latach 2006–2007 objęły łącznie 110 osób, tj. 55 stanowiących grupę Dorosłych Dzieci Alkoholików (grupa eksperymentalna) oraz 55 osób – grupę kontrolną. W skład grupy eksperymentalnej wchodziły osoby zdiagnozowane jako DDA i rozpoczynające terapię (1 tydzień pobytu) w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi oraz w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Uzależnień w Łodzi. Aby grupa DDA była bardziej homogeniczna

Tabela 1.

Charakterystyka grupy DDA i grupy kontrolnej  
Clinical characteristics of ACA and of a control group

	DDA <i>ACA</i> N= 55	%	Grupa kontrolna <i>Control group</i> N=55	%	$\chi^2$ p
Wiek <i>Age</i>					
20–30	26	47,3	23	41,8	0,74
30–40	20	36,4	23	41,8	
40–50	9	16,3	9	16,3	
Płeć <i>Gender</i>					
Kobiety <i>Women</i>	39	70,9	39	70,9	1,00
Mężczyźni <i>Men</i>	16	29,1	16	29,1	
Pozostawanie w stałym związku (małżeństwo/konkubinat) <i>Relationship (marriage, concubinage)</i>					
Tak <i>Yes</i>	37	67,3	40	72,8	0,67
Nie <i>No</i>	18	32,7	15	27,2	
Wykształcenie <i>Educational status</i>					
Średnie <i>Secondary</i>	32	58,2	35	63,6	0,69
Wyższe <i>University</i>	23	41,8	20	36,4	
Zatrudnienie <i>Employment status</i>					
Pracuje <i>Employed</i>	50	90,9	46	83,6	0,39
Bezrobotny/a <i>Unemployed</i>	5	9,1	9	16,4	

z badań wyłączono osoby uzależnione od alkoholu i które aktualnie przechodzą terapię DDA oraz osoby pozostające w związku z partnerem nadużywającym alkoholu. Grupa kontrolna powstała poprzez kojarzenie z każdą osobą z grupy eksperymentalnej osoby z otoczenia badacza (pod względem wieku – z dokładnością  $\pm 3$  lata, płci, wykształcenia i pozostawania w stałym związku). Osoby z grupy kontrolnej zapytano o sposób picia alkoholu, picie alkoholu przez rodziców oraz pozostawanie w związku z osobą uzależnioną – dzięki temu wyłączono trzy osoby. Otrzymane grupy porównano również za pomocą testu chi-kwadrat, stwierdzając brak statystycznie istotnych różnic. Charakterystykę obu grup przedstawiono w tabeli 1. Średnia wieku DDA wynosiła 30,97 lat ( $SD = 6,77$ ), a w grupie kontrolnej – 31,34 lat ( $SD = 8,08$ ). Uwagę zwraca fakt, iż w grupie DDA nie było ani jednej osoby z wykształceniem podstawowym.

W analizach statystycznych zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych, współczynnik korelacji  $r$  Pearsona oraz krokową regresję wielokrotną. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA 6.

## WYNIKI

### **Stan zdrowia, wsparcie społeczne oraz zadowolenie z życia u DDA i w grupie kontrolnej**

Różnice między DDA a grupą kontrolną w odniesieniu do stanu zdrowia psychicznego, odczuwanego wsparcia społecznego oraz zadowolenia z życia pokazuje tabela 2.

Jak wynika z analizy statystycznej w grupie DDA występuje większe, niż w grupie kontrolnej, nasilenie objawów zdenerwowania, napięcia, niepokoju i problemów ze snem (wymiar niepokój/bezsennaść), a także większe poczucie bezwartościowości i beznadziejności oraz pragnienie śmierci (wymiar depresji). Średni ogólny wynik uzyskany przez DDA wyniósł 31,38, co odpowiada 7. stenowi i wskazuje na zły stan zdrowia (osoby z grupy kontrolnej – przeciętny stan zdrowia – 6. sten) (21). Porównanie ogólnego stanu zdrowia psychicznego w obu grupach dało wynik na granicy istotności statystycznej, co oznacza tendencję do gorszej oceny własnego zdrowia przez Dorosłe Dzieci Alkoholików. Odczuwane objawy somatyczne oraz zaburzenia funkcjonowania nie różnicowały wyodrębnionych grup.

Statystycznie istotne różnice dotyczą wszystkich wyróżnionych w Skali Wsparcia Społecznego rodzajów wsparcia. DDA, w porównaniu z grupą kontrolną, odczuwają więc znacznie mniejszą akceptację ze strony innych ludzi, uważają, że otrzymują od nich mniej praktycznej pomocy w codziennych problemach, czują się też słabiej zintegrowani ze swoim bliższym i dalszym otoczeniem.

Szereg różnic zaobserwowano również w odniesieniu do zadowolenia z życia. DDA są mniej ogólnie zadowolone ze swego życia, w tym z relacji z własnymi dziećmi (mniejsze zadowolenie ze wspólnych przedsięwzięć i mniejsze poczucie

Tabela 2.

Porównanie poziomu subiektywnej oceny stanu zdrowia, wsparcia społecznego i zadowolenia z życia w grupie DDA i w grupie kontrolnej

The comparison of the level of general state of health perception, social support and life satisfaction in ACA and a control group

	DDA ACA N = 55		Grupa kontrolna Control group N = 55		T	p<
	M	SD	M	SD		
<b>Stan zdrowia State of health</b>						
Symptomy somatyczne <i>Somatic symptoms</i>	8,20	4,82	7,49	3,88	0,84	ns
Niepokój, bezsenność <i>Anxiety, sleeplessness</i>	10,00	5,80	8,00	4,06	1,94	0,05
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	7,94	4,75	8,41	2,90	-0,62	ns
Objawy depresji <i>Depression symptoms</i>	5,23	5,12	1,98	2,51	4,21	0,0001
Ogólny stan zdrowia <i>General state of health</i>	31,38	17,49	25,89	12,19	1,90	0,058
<b>Wsparcie społeczne Social support</b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	21,00	5,14	27,90	4,26	-7,66	0,0001
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	27,69	6,18	34,18	4,65	-6,21	0,0001
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	24,54	5,91	28,20	4,11	-3,76	0,001
Wsparcie – wynik ogólny <i>General social support</i>	73,23	16,19	90,29	11,59	-6,35	0,0001
<b>Zadowolenie z życia Life satisfaction</b>						
Zdrowia <i>Health</i>	30,10	6,68	32,18	7,17	-1,56	ns
Pracy i zawodu <i>Work and profession</i>	29,09	6,72	31,10	6,38	-1,59	ns
Sytuacji finansowej <i>Financial status</i>	26,85	7,66	27,34	8,96	-0,30	ns
Czasu wolnego <i>Free time</i>	30,98	7,97	33,18	7,29	-1,50	ns
Dzieci <i>Children</i>	36,96	6,40	39,78	5,74	-2,00	0,05
Zadowolenie z własnej osoby <i>Self-satisfaction</i>	29,98	6,36	34,10	6,74	-3,29	0,001
Przyjaciół/znajomych <i>Friends</i>	32,74	6,21	35,09	5,71	-1,94	0,05
Mieszkania <i>Living situation</i>	32,83	6,45	35,89	7,55	-2,27	0,05
Małżeństwa/związku <i>Marriage/relationship</i>	31,70	10,09	36,31	9,90	-2,10	0,05
Życia seksualnego <i>Sexual life</i>	30,61	9,52	36,49	8,79	-3,35	0,001
Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i>	214,03	31,07	234,29	36,06	-3,15	0,01

wpływu na dzieci), z relacji z przyjaciółmi (mniejsze zadowolenie z bliższych i dalszych relacji społecznych), z relacji w małżeństwie lub bliskim związku (otwartości, zrozumienia, pomocy, poczucia bezpieczeństwa, zachowań partnera), z własnej aktywności i funkcjonowania seksualnego, a także z warunków mieszkaniowych. Różnice dotyczą również zadowolenia z siebie, a to oznacza mniejszą w tej grupie satysfakcję z własnych uzdolnień, charakteru, dotychczasowych wyborów życiowych i mniejsze zaufanie do siebie.

Porównując uzyskane przez obie grupy wyniki, widoczne są wyższe w grupie DDA wartości odchyłeń standardowych w Kwestionariuszu Ogólnego Stanu Zdrowia (wynik ogólny i podskale) oraz w Skali Wsparcia Społecznego (wynik ogólny i podskale), co przemawia za dużym zróżnicowaniem badanej grupy w obrębie tych zmiennych. Wartości odchyłeń standardowych uzyskane w Kwestionariuszu Zadowolenia z Życia były w obu grupach porównywalne.

### **Zadowolenie z życia a wsparcie społeczne i stan zdrowia**

W dalszym etapie analiz podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o rodzaj zależności między zadowoleniem z życia a stanem zdrowia psychicznego i wsparciem społecznym. Współczynniki korelacji dla obu grup pokazują tabele 3 i 4.

Otrzymane wyniki można uznać za zaskakujące. W grupie DDA zadowolenie z własnego zdrowia nie jest powiązane ze stanem zdrowia psychicznego, a współczynniki korelacji między omawianym rodzajem zadowolenia a symptomami somatycznymi, odczuwanym niepokojem i depresją oscylują na granicy zera. Zadowolenie z pracy jest w tej grupie tym większe, im większe odczuwane wsparcie społeczne (emocjonalne, praktyczne i ogólne) i również nie wykazuje związków ze stanem zdrowia. Zadowolenie z relacji z własnymi dziećmi związane jest jedynie z zaburzeniami funkcjonowania, co oznacza, że osoby z grupy DDA tym gorzej oceniają te relacje, im niższa jest ich subiektywna ocena poziomu wykonywania zadań i czynności życiowych. Zadowolenie z siebie koreluje tylko z poziomem niepokoju/bezsenności (im wyższy poziom niepokoju tym mniejsze zadowolenie). Najbardziej zaskakujące są jednak zależności między zadowoleniem z małżeństwa/związku a stanem zdrowia i wsparciem społecznym. Zadowolenie to w omawianej grupie jest tym niższe, im więcej odczuwanych objawów somatycznych, objawów niepokoju i depresji oraz im wyższe (!) odczuwane wsparcie społeczne (otrzymane związki dotyczą wszystkich wymiarów wsparcia i są bardzo silne na poziomie istotności poniżej 0,01). Ogólne zadowolenie z życia jest wreszcie tym wyższe, im niższy poziom objawów niepokoju oraz im wyższe odczuwane wsparcie emocjonalne.

Odmienne kształtują się zależności w grupie kontrolnej. Zadowolenie z własnego zdrowia wykazuje silne ujemne związki ze wszystkimi skalami Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia. Nie występują zależności między zadowoleniem z pracy, relacji z dziećmi i sytuacji finansowej a stanem zdrowia i wsparciem społecznym. Zadowolenie z małżeństwa/związku jest tym wyższe, im mniej objawów depresyjnych oraz im wyższe wsparcie społeczne. Ogólne zadowolenie z życia

Tabela 3.

Współczynniki korelacji pomiędzy zadowoleniem z życia a ogólnym stanem zdrowia oraz wsparciem społecznym w grupie DDA  
Correlation parameters between life satisfaction, general health perception and social support in ACA group

Zadowolenie z życia <i>Life satisfaction</i>	Ogólny stan zdrowia <i>General state of health</i>					Wsparcie społeczne <i>Social support</i>			
	S	N	F	D	OG	E	P	IS	OG
Zdrowia <i>Health</i>	0,00	0,03	0,14	0,05	0,06	0,14	-0,10	-0,02	0,00
Pracy i zawodu <i>Work and profession</i>	-0,11	-0,18	0,01	0,21	-0,03	<b>0,34*</b>	<b>0,33*</b>	0,25	<b>0,32*</b>
Finansów <i>Financial status</i>	-0,21	<b>-0,49**</b>	<b>-0,30*</b>	-0,20	<b>-0,35*</b>	0,17	0,18	0,00	0,12
Czasu wolnego <i>Free time</i>	-0,22	<b>-0,33*</b>	-0,15	-0,02	-0,21	<b>0,39*</b>	<b>0,35*</b>	0,28	<b>0,35*</b>
Dzieci <i>Children</i>	-0,27	-0,21	<b>-0,40*</b>	-0,06	-0,26	0,08	0,05	0,10	0,08
Własnej osoby <i>Self-satisfaction</i>	-0,20	<b>-0,31*</b>	-0,11	-0,23	-0,25	0,21	0,05	0,04	0,10
Przyjaciół/znajomych <i>Friends</i>	-0,17	-0,15	0,11	0,07	-0,05	<b>0,50**</b>	<b>0,41**</b>	<b>0,36*</b>	<b>0,44**</b>
Mieszkania <i>Living situation</i>	-0,15	-0,06	0,04	0,26	0,03	0,20	0,18	0,14	0,18
Małżeństwa/związku <i>Marriage/relationship</i>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,39*</b>	-0,12	<b>-0,32*</b>	<b>-0,35*</b>	<b>-0,51**</b>	<b>-0,51**</b>	<b>-0,57**</b>	<b>-0,56**</b>
Życia seksualnego <i>Sexual life</i>	-0,22	-0,29	0,09	<b>-0,43**</b>	-0,25	-0,20	-0,22	<b>-0,32*</b>	-0,26
Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i>	-0,27	<b>-0,37*</b>	-0,04	-0,14	-0,24	<b>0,32*</b>	0,18	0,09	0,19

\* p<0,05; \*\* p<0,01

S – symptomy somatyczne, N – niepokój, bezsenność, F – zaburzenia funkcjonowania, D – objawy depresji, E – wsparcie emocjonalne,

P – wsparcie praktyczne, IS – integracja społeczna, OG – wynik ogólny

S – somatic symptoms, N – anxiety, sleeplessness, F – functioning disorders, D – depression symptoms, OG – general health, E – emotional support, P – everyday life support, IS – social integration, OG – general social support

Tabela 4.

Współczynniki korelacji pomiędzy zadowoleniem z życia a ogólnym stanem zdrowia oraz wsparciem społecznym w grupie kontrolnej  
Correlation between life satisfaction, general health perception and social support in the control group

Zadowolenie z życia <i>Life satisfaction</i>	Ogólny stan zdrowia <i>General state of health</i>					Wsparcie społeczne <i>Social support</i>			
	S	N	F	D	OG	E	P	IS	OG
Zdrowia <i>Health</i>	<b>-0,86**</b>	<b>-0,78**</b>	<b>-0,54**</b>	<b>-0,48**</b>	<b>-0,85**</b>	0,26	0,20	0,25	0,26
Pracy i zawodu <i>Work and profession</i>	0,03	0,10	-0,22	-0,17	-0,04	0,13	0,19	0,21	0,20
Finansów <i>Financial status</i>	0,07	0,21	-0,26	-0,13	0,02	0,05	0,20	0,07	0,13
Czasu wolnego <i>Free time</i>	-0,28	-0,17	<b>-0,45**</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,37*</b>	0,20	0,23	0,18	0,23
Dzieci <i>Children</i>	-0,02	0,05	-0,23	-0,25	-0,10	0,09	0,22	0,25	0,21
Własnej osoby <i>Self-satisfaction</i>	-0,18	-0,15	<b>-0,45**</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,32*</b>	0,19	<b>0,43**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,40**</b>
Przyjaciół/znajomych <i>Friends</i>	0,07	0,19	-0,24	-0,16	0,01	0,09	0,27	<b>0,32*</b>	0,25
Mieszkania <i>Living situation</i>	0,05	0,10	-0,09	-0,19	0,01	0,02	<b>0,30*</b>	0,25	0,22
Małżeństwa/związku <i>Marriage/relationship</i>	0,02	-0,00	-0,06	<b>-0,30*</b>	-0,08	<b>0,33*</b>	<b>0,43**</b>	<b>0,49**</b>	<b>0,47**</b>
Życia seksualnego <i>Sexual life</i>	-0,01	-0,07	-0,14	<b>-0,46**</b>	-0,17	0,02	0,23	<b>0,35*</b>	0,23
Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i>	-0,22	-0,13	<b>-0,44**</b>	<b>-0,46**</b>	<b>-0,34*</b>	0,16	<b>0,37*</b>	<b>0,37*</b>	<b>0,34*</b>

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

S – symptomy somatyczne, N – niepokój, bezsenność, F – zaburzenia funkcjonowania, D – objawy depresji, E – wsparcie emocjonalne, P – wsparcie praktyczne, IS – integracja społeczna, OG – wynik ogólny

S – somatic symptoms, N – anxiety, sleeplessness, F – functioning disorders, D – depression symptoms, OG – general health, E – emotional support, P – everyday life support, IS – social integration, OG – general social support

Tabela 5.

Wyznaczniki poszczególnych wymiarów zadowolenia z życia oraz ogólnego zadowolenia z życia w grupie DDA – krokowa regresja wielokrotna

Predictors of different dimensions of life satisfaction and general life satisfaction among ACA group – linear regression analysis

Zmienne <i>Variables</i>	Beta <i>Beta Index</i>	Błąd st. beta <i>Beta error</i>	B <i>Beta coefficient</i>	Błąd st. B <i>SEB error</i>	T	p<
<b>Zdrowie <i>Health</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,56	0,19	0,72	0,25	2,84	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			27,28	4,53	6,01	0,001
R = 0,40; R <sup>2</sup> = 0,11 F(3; 51) = 3,34 p<0,05						
<b>Praca <i>Work</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,70	0,24	0,90	0,32	2,80	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			18,35	3,61	5,08	0,001
R = 0,46 R <sup>2</sup> = 0,18 F(2; 45) = 7,02 p<0,05						
<b>Czas wolny <i>Free time</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,68	0,25	1,05	0,39	2,66	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			22,10	4,45	4,95	0,001
R = 0,38 R <sup>2</sup> = 0,11 F(2; 52) = 4,67 p<0,01						
<b>Zadowolenie z własnej osoby <i>Self-satisfaction</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,76	0,25	0,94	0,30	3,05	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			28,17	4,14	6,79	0,0001
R = 0,47 R <sup>2</sup> = 0,15 F(4; 50) = 3,55 p<0,01						
<b>Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,70	0,25	0,85	0,30	2,75	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			26,53	3,48	7,62	0,0001
R = 0,38 R <sup>2</sup> = 0,11 F(2; 52) = 4,56 p<0,01						
<b>Małżeństwo/związek <i>Marriage/relationship</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	-0,46	0,13	-0,27	0,07	-3,46	0,001
Niepokój/bezsenność <i>Anxiety, sleeplessness</i>	-0,65	0,22	-1,15	0,39	-2,90	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			58,13	6,71	8,65	0,0001
R = 0,63 R <sup>2</sup> = 0,40 F(3; 31) = 7,56 p<0,001						
<b>Życie seksualne <i>Sexual life</i></b>						
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	-0,53	0,19	-0,82	0,30	-2,71	0,01
Niepokój/bezsenność <i>Anxiety, sleeplessness</i>	-0,46	0,18	-0,75	0,30	-2,48	0,05
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	-0,41	0,18	-0,82	0,37	-2,21	0,05
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			40,90	6,36	6,42	0,0001
R = 0,43 R <sup>2</sup> = 0,12 F(4; 50) = 2,97 p<0,05						
<b>Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i></b>						
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	0,89	0,25	5,37	1,514	3,55	0,001
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	0,63	0,25	3,36	1,32	2,53	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			191,63	18,52	10,34	0,0001
R = 0,46 R <sup>2</sup> = 0,22, F(3; 51) = 4,81 p<0,001						

Tabela 6.

Wyznaczniki poszczególnych wymiarów zadowolenia z życia oraz ogólnego zadowolenia z życia w grupie kontrolnej – krokowa regresja wielokrotna

Predictors of different dimensions of life satisfaction and general life satisfaction in the control group – linear regression analysis

Zmienne <i>Variables</i>	Beta <i>Beta Index</i>	Błąd st. beta <i>Beta error</i>	B <i>Beta coeffi- cient</i>	Błąd st. B <i>SEB error</i>	T	p<
<b>Zdrowie <i>Health</i></b>						
Symptomy somatyczne <i>Somatic symptoms</i>	-0,55	0,14	-1,02	0,26	-3,91	0,001
Niepokój, bezsenność <i>Anxiety, sleeplessness</i>	-0,29	0,14	-0,41	0,20	-2,04	0,05
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			33,38	4,42	7,54	0,0001
R = 0,84 R <sup>2</sup> = 0,68 F(5; 49) = 24,21 p < 0,001						
<b>Praca <i>Work</i></b>						
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	-0,41	0,17	-0,91	0,38	-2,40	0,05
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			29,02	6,56	4,42	0,0001
R = 0,37 R <sup>2</sup> = 0,13 F(3; 42) = 2,7333 p < 0,05						
<b>Finanse <i>Financial status</i></b>						
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	-0,35	0,16	-1,08	0,52	-2,07	0,05
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	0,67	0,30	1,30	0,58	2,27	0,05
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	-0,52	0,23	-1,13	0,51	-2,21	0,05
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			25,12	9,08	2,76	0,01
R = 0,55 R <sup>2</sup> = 0,19 F(7; 47) = 2,91 p < 0,005						
<b>Czas wolny <i>Free time</i></b>						
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	-0,31	0,15	-0,79	0,37	-2,11	0,05
Objawy depresji <i>Depression symptoms</i>	-0,35	0,15	-1,00	0,44	-2,24	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			24,26	7,54	3,21	0,01
R = 0,54 R <sup>2</sup> = 0,21 F(6; 48) = 23,43 p < 0,01						
<b>Zadowolenie z własnej osoby <i>Self-satisfaction</i></b>						
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	0,42	0,11	0,61	0,15	3,81	0,001
Objawy depresji <i>Depression symptoms</i>	-0,35	0,13	-0,94	0,34	-2,71	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			18,51	6,03	3,06	0,01
R = 0,64 R <sup>2</sup> = 0,36; F(4; 50) = 8,82 p < 0,001						
<b>Przyjaciele/znajomi <i>Friends</i></b>						
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	0,30	0,12	0,44	0,18	2,35	0,05
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			22,50	7,04	3,19	0,01
R = 0,42 R <sup>2</sup> = 0,13 F(3; 51) = 3,77 p < 0,01						
<b>Małżeństwo/związek <i>Marriage/relationship</i></b>						
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	0,46	0,13	1,06	0,29	3,55	0,001
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			6,29	8,54	0,73	0,46
R = 0,46 R <sup>2</sup> = 0,20 F(1; 33) = 12,624 p < 0,01						

Zmienne <i>Variables</i>	Beta <i>Beta</i> <i>Index</i>	Błąd st. beta <i>Beta</i> <i>error</i>	B <i>Beta</i> <i>coeffi-</i> <i>cient</i>	Błąd st. B <i>SEB</i> <i>error</i>	T	p<
<b>Życie seksualne <i>Sexual life</i></b>						
Integracja społeczna <i>Social integration</i>	0,58	0,23	1,25	0,49	2,54	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			28,32	9,43	3,00	0,01
R = 0,40 R <sup>2</sup> = 0,11 F(3; 51) = 3,26 p < 0,05						
<b>Ogólne zadowolenie z życia <i>General life satisfaction</i></b>						
Wsparcie praktyczne <i>Everyday life support</i>	0,37	0,11	2,91	0,90	3,23	0,01
Zaburzenia funkcjonowania <i>Functioning disorders</i>	-0,37	0,11	-4,61	1,44	-3,19	0,01
Wyraz wolny <i>Constant value</i>			173,42	34,18	5,07	0,001
R = 0,54 R <sup>2</sup> = 0,27 F(2; 52) = 11,09 p < 0,001						

powiązane jest negatywnie z zaburzeniami funkcjonowania, objawami depresji, ogólną złą oceną własnego zdrowia, a pozytywnie – ze wsparciem praktycznym, integracją społeczną i wsparciem ogólnym.

W poszukiwaniu uwarunkowań zadowolenia z życia, w badanych grupach zastosowano również krokową regresję wielokrotną. Zmienną przewidywaną był ogólny wskaźnik zadowolenia z życia oraz kolejno – wyniki poszczególnych wymiarów zadowolenia. Do obszaru zmiennych niezależnych włączono podskale Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia oraz Skali Wsparcia Społecznego. Wyniki przedstawiają tabele 5 i 6.

W obu grupach nie udało się wyodrębnić predyktorów zadowolenia z relacji z dziećmi oraz sytuacji mieszkaniowej, a w grupie DDA także w odniesieniu do zadowolenia z sytuacji finansowej. Jak pokazują tabele 5 i 6 wyznaczone predyktory również znacząco różnią grupę DDA i grupę kontrolną. W grupie DDA wsparcie emocjonalne okazało się jedynym predyktorem kilku aspektów zadowolenia z życia oraz – obok integracji społecznej – predyktorem zadowolenia ogólnego. Oznacza to, że im bardziej otoczenie okazuje osobom z grupy DDA akceptację, troskę i pozytywne ustosunkowanie, tym większe jest ich zadowolenie z własnego zdrowia, pracy, czasu wolnego, samych siebie i relacji z przyjaciółmi. Należy jednak zwrócić uwagę, że wsparcie emocjonalne wyjaśnia w stosunkowo niewielkim stopniu (około 1/7–1/8 zmienności wyników) zadowolenie z tych aspektów życia u Dorosłych Dzieci Alkoholików. Inne zależności otrzymano natomiast w odniesieniu do zadowolenia z małżeństwa/związku i funkcjonowania seksualnego – wsparcie (emocjonalne i praktyczne) pozostaje tu w związku ujemnym z omawianymi obszarami zadowolenia, co oznacza, że im większe odczuwane w tej grupie wsparcie emocjonalne i praktyczne, tym mniejsze zadowolenie z małżeństwa i życia seksualnego. Warto zwrócić uwagę, iż jedynie w odniesieniu do

zadowolenia z małżeństwa/związku i seksu, wśród wyłonionych predyktorów znalazły się, obok wsparcia, objawy związane ze stanem zdrowia.

W grupie kontrolnej wśród wyodrębnionych predyktorów nie zaobserwowano podobnej dominacji jednej zmiennej. Różne aspekty zdrowia oraz wsparcia społecznego wyjaśniały w różnym stopniu zmienność wyników w odniesieniu do poszczególnych obszarów zadowolenia z życia.

## DYSKUSJA WYNIKÓW

W prezentowanych badaniach potwierdzono występowanie u Dorosłych Dzieci Alkoholików korzystających z pomocy terapeutycznej wyższego, niż w grupie kontrolnej, poziomu objawów lękowych i depresyjnych (1, 2, 5). Jednocześnie porównanie objawów somatycznych (wyczerpanie, osłabienie, bóle głowy) oraz zaburzeń w funkcjonowaniu (wykonywanie różnych czynności, radzenie sobie z zajęciami) nie różni tych grup. Oznacza to, że DDA, mimo dolegliwości psychicznych, nie odczuwają problemów i ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Powodem może tu być preferowanie zadaniowego podejście do życia, starania, by zawsze zachowywać się poprawnie oraz przyzwyczajenie do sprawnego funkcjonowania, mimo odczuwanego dyskomfortu (24).

Jak również wykazano, spostrzegane wsparcie społeczne jest w grupie osób pochodzących z rodzin alkoholowych na poziomie istotnie statystycznie niższym niż w grupie kontrolnej. Na taki wynik może mieć wpływ wcześniejsze doświadczenie braku wsparcia ze strony najbliższych oraz potwierdzone w badaniach, i prawdopodobnie związane z brakiem wsparcia w dzieciństwie, takie cechy, jak deficyty w relacjach interpersonalnych, nieufność, podejrzliwość i dystans w stosunku do otoczenia (1, 5, 6, 7). Spostrzegane wsparcie społeczne odgrywa znaczącą i pozytywną rolę w zmaganiach ze stresem, wydaje się zatem wskazane sprawdzenie w dalszych badaniach, czy odczuwanie tego wsparcia zmienia się w trakcie terapii i/lub uczestnictwa w ruchu samopomocowym (np. Al-Ateen) oraz jakie oddziaływania terapeutyczne są w tym procesie najbardziej pomocne. Wiele Dorosłych Dzieci Alkoholików wykazuje niską odporność na występowanie nagłych, nieprzewidywalnych wydarzeń i tendencję do reagowania zaburzeniami w sytuacjach stresowych i konfliktowych (8). Wzrost odczuwanego wsparcia mógłby więc stanowić dla nich rodzaj „buforu” między trudnymi sytuacjami a własnym sposobem reagowania na nie. Kolejnym argumentem za potrzebą dalszych analiz, dotyczących wsparcia społecznego u DDA, są wyniki badań wskazujące, że osoby otrzymujące duże wsparcie emocjonalne i narażone na duży stres wskutek wydarzeń życiowych – charakteryzują się niższym poziomem depresji niż osoby o tym samym poziomie stresu, a doświadczające małego wsparcia (25). Ponieważ poziom depresji u DDA jest znacząco podwyższony, w porównaniu z grupą kontrolną, okazywanie wsparcia emocjonalnego w trakcie terapii może przyczynić się do obniżenia objawów depresyjnych. Wymaga to jednak sprawdzenia w dalszych badaniach.

Zgodnie z przewidywaniami Dorosłe Dzieci Alkoholików są mniej zadowolone z wielu aspektów własnego życia, zwłaszcza dotyczących bliskich (dzieci, współmałżonek/partner) i dalszych (przyjaciele) relacji społecznych. Osoby należące do tej grupy są również bardziej niezadowolone ze swego dotychczasowego życia, własnych wyborów i zachowań. Zaburzenia samooceny potwierdzono w badaniach nad osobami z rodzin alkoholowych – zarówno w badaniach polskich, jak i zagranicznych (3, 6). W trakcie terapii zaobserwowano u DDA wiele korzystnych zmian (m.in. w obrazie siebie, wzrost poczucia koherencji), należy się zatem spodziewać, iż wzrasta u nich także poziom zadowolenia z życia. Badań nad takimi zmianami dotąd nie prowadzono.

W prezentowanych badaniach najbardziej interesujące zależności dotyczą wsparcia emocjonalnego i zadowolenia z życia u DDA. Analiza krokowej regresji wielokrotnej wskazuje, że wsparcie to pozytywnie koresponduje z zadowoleniem ze zdrowia, pracy, czasu wolnego, samego siebie, relacji z przyjaciółmi oraz z ogólnym zadowoleniem z życia, a negatywnie – z zadowoleniem z małżeństwa/związku. Ponadto wsparcie praktyczne wykazuje negatywny związek z zadowoleniem z funkcjonowania seksualnego. Powyższe zależności, jeśli zostaną potwierdzone w dalszych badaniach, mogą wskazywać na swego rodzaju „ambiwalencję wsparcia”, które odbierane jest pozytywnie w odniesieniu do niektórych aspektów życia, np. relacji z przyjaciółmi, a negatywnie – w stosunku do oceny bliskich, intymnych kontaktów. Wymaga także sprawdzenia, czy w przypadku opisanych wyżej zależności wzrost otrzymanego przez DDA w trakcie terapii wsparcia nie wpływa negatywnie na relacje z małżonkiem/partnerem. Wsparcie emocjonalne wydaje się być zresztą kluczową zmienną dla zrozumienia zadowolenia z życia u osób pochodzących z rodzin alkoholowych. Jego rola jest być może tak znacząca, gdyż wielu pacjentów ocenia siebie bardzo krytycznie, ciągle poszukując potwierdzenia i uznania dla własnej osoby (26, 27). Próba odpowiedzi na pytanie – czy stałe poszukiwanie uznania można zaspokoić przez wzrost wsparcia społecznego czy też stanowi to rodzaj trwałego deficytu osobowościowego – otwiera pole do dalszych badań.

Interesującym wynikiem jest również zaobserwowany u DDA brak zależności między odczuwanymi objawami somatycznymi i depresyjnymi a zadowoleniem z życia (poza zadowoleniem z małżeństwa/związku oraz z życia seksualnego). Warto zwrócić uwagę, że badania różnych grup osób (zarówno chorych somatycznie, jak i zdrowych) jednoznacznie wskazują na zależności między zadowoleniem z życia a natężeniem objawów somatycznych i depresji (28, 29, 30). Podobne związki stwierdzono również w grupie kontrolnej. Brak takich zależności w przypadku Dorosłych Dzieci Alkoholików może wynikać z omawianej już wcześniej zdolności sprawnego funkcjonowania, mimo stałe odczuwanego dyskomfortu.

W podsumowaniu wyników badań nasuwa się jeszcze jedna refleksja – jeśli zależności między analizowanymi zmiennymi wyglądają u Dorosłych Dzieci Alkoholików tak jak w prezentowanych badaniach, to wraz ze wzrostem odczuwanego wsparcia emocjonalnego u pacjentów będzie można obserwować wzrost zadowolenia z niektórych aspektów życia, mimo braku zmian w stanie zdrowia psychicznego

(np. lęku i depresji). Może to oznaczać sytuację, w której poziom zadowolenia z życia zależy głównie od zmieniającego się i nietrwałego czynnika zewnętrznego, z niewielkim wpływem czynnika wewnętrznego, jakim jest stan zdrowia psychicznego. Jakubik i Zegarowicz (26) wykazali u dziewcząt pochodzących z rodzin alkoholowych poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli. Być może poczucie to występuje także u osób dorosłych, pochodzących z rodzin alkoholowych, determinując ich zadowolenie z życia? Również na to pytania odpowiedź powinny przynieść przyszłe badania.

Prezentowane badania mają ograniczenia. Ze względu na małą liczebność mężczyzn (DDA), zaniechano analiz z podziałem na płeć. Należy jednak zwrócić uwagę, iż wiele wyników badań tej grupy pacjentów wskazuje na różnice między płciami, dotyczące m.in. natężenia problemów emocjonalnych (6, 8, 10, 11). Różnice między mężczyznami i kobietami w obrębie spostrzeganego wsparcia społecznego istnieją również w populacji ogólnej – jak wynika z badań kobiety dają więcej wsparcia i więcej go otrzymują (31). Być może więc relacje między zadowoleniem z życia a wsparciem społecznym przedstawiają się u obu płci odmiennie.

Należy również zaznaczyć, że w prezentowanych badaniach wzięły udział osoby, które same zgłosiły się po pomoc terapeutyczną do ośrodka zajmującego się terapią DDA. Osoby te nie tylko miały określone zaburzenia lub trudności w funkcjonowaniu, ale dostrzegały związek między posiadaniem uzależnionego rodzica a występowaniem tych zaburzeń. Wyniki nie mogą być więc uogólniane na całą, bardzo liczną populację osób pochodzących z rodzin alkoholowych.

Do uzyskanych wyników należy podchodzić ostrożnie również dlatego, iż grupa kontrolna nie spełniała kryterium losowości i w jej skład weszły osoby bez zaburzeń funkcjonowania psychologicznego i nie leczone się. W dalszych badaniach wskazane wydaje się porównanie korzystających z pomocy terapeutycznej osób pochodzących z rodzin alkoholowych z różnymi grupami osób korzystających z terapii psychologicznej, lecz nie należących do populacji DDA.

## Wnioski

1. Występują znaczące różnice w psychospołecznym funkcjonowaniu między osobami z grupy Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), korzystającymi z pomocy terapeutycznej a osobami z grupy kontrolnej: DDA przejawiają więcej objawów lękowych i depresyjnych, subiektywnie odczuwają słabsze wsparcie społeczne, są również mniej zadowolone z własnego życia, w tym z relacji z własnymi dziećmi, z małżeństwa/związku, relacji z przyjaciółmi, własnej osoby, sytuacji mieszkaniowej oraz seksu.
2. Wsparcie emocjonalne jest w grupie DDA, inaczej niż w grupie kontrolnej, dodatnio powiązane z zadowoleniem ze zdrowia, pracy, czasu wolnego, samego siebie, relacji z przyjaciółmi oraz z ogólnym zadowoleniem z życia i negatywnie – z zadowoleniem z małżeństwa/związku. Zjawisko to wymaga dalszych badań.

3. Zadowolenie z życia w grupie DDA wykazuje znaczące związki z czynnikiem zewnętrznym, jakim jest wsparcie społeczne oraz słabe związki z czynnikiem wewnętrznym, takim jak stan zdrowia psychicznego.
4. W procesie terapii DDA wskazane wydaje się zwracanie uwagi zarówno na okazywane pacjentom wsparcie, jak i uczenie ich kontaktu z własnym ciałem i emocjami.

## PIŚMIENNICTWO

1. Śląski S (2005) Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz ich rodzice – aktualny stan badań. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 37–54.
2. Maynard S (1997) Growing up in an alcoholic family system: The effect on anxiety and differentiation of self. *Journal of Substance Abuse* 9, 161–170.
3. Lewchanin S, Sweeney S (1997) Developmental approach to the group treatment of adult children of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15 (2), 51–62.
4. Olmsted M (1998) If you don't become one, you'll marry one: Close relationships of adult children of alcoholics. *Dissertation Abstracts International*, 58 (8), 4493–B.
5. Tsigotis K, Gruszczyński W (2001) Cechy osobowości dorosłych córek i synów alkoholików (DDA) leczonych w PZP. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 14, 375–385.
6. Nikodemka S (2002) Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6, 6–10.
7. Drogosz M, Dziuba M, Prażmowska M, Olszewska M (2006) Styl autonarracji a wybrane aspekty funkcjonowania członków różnych grup społecznych. *Psychologia Jakości Życia*, 5, 2, 213–236.
8. Bętkowska-Korpała B, Ryniak J (2007) Profile osobowości w grupach pacjentów z syndromem DDA. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1–2, 21–25.
9. Harter S (2000) Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20, 311–337.
10. Larson J, Thayne T (1998) Marital attitudes and personal readiness for marriage of young adult children of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 16 (4), 59–73.
11. Larson J, Holt H, Wilson S, Medora N, Newell K (2001) Dating behaviors, attitudes, and relationships satisfaction of young adult children of alcoholics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19 (1), 1–18.
12. Velleman R, Orford J (1999) *Risk and Resilience: Adults Who Were the Children of Problem Drinkers*. Amsterdam: Harwood Academic Press.
13. Sher K (1991) *Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: University of Chicago Press.
14. Sęk H, Cieślak R (2004) Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: Sęk H, Cieślak R (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN, 11–29.
15. Heszen J, Sęk H (2007) *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
16. DeNeve KM, Cooper H (1998) The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197–229.
17. Czapiński J (2004) Psychologiczne teorie szczęścia. W: Czapiński J (red.) *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN, 51–103.
18. Diener E, Lucas E, Oishi S (2004) Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J (red.) *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN, 35–51.
19. Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E (2000) *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

20. Oleś P (2002) Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: Oleś P, Steuden S, Toczkołowski J (red.) *Jak świata mniej widzę*. Lublin: TN KUL, 37–45.
21. Makowska Z, Merecz D (2001) *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Dawida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
22. Juczyński Z (2005) *Skala Wsparcia Społecznego – podręcznik* (maszynopis).
23. Chodkiewicz J (2007) *Zadowolenie z życia. Polska adaptacja kwestionariusza FLZ*. Łódź, materiał niepublikowany.
24. Cermak TL, Rutzky J (1998) *Czas uzdrowić swoje życie*. Warszawa: PARPA.
25. Sęk H (2004) Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń życiowych. W: Sęk H, Cieślak R (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN, 49–68.
26. Jakubik A, Zegarowicz E (1998) Samoocena, poczucie kontroli i kontrola emocjonalna u dorastających córek mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 73–81.
27. Woititz J (1992) *Dorosłe Dzieci Alkoholików*. Warszawa: IPZ.
28. Wirklund I, Gorkin L, Pawitan Y, Schron E, Schoenberger J, Jared L, Shumaker S (1992) Methods for assessing quality of life in the cardiac arrhythmia suppression trial (CAST). *Quality of Life Research*, 1, 187–201.
29. Newson J, Schulz R (1996) Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34–44.
30. Willits F, Crider D (1988) Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology*, 43, 172–176.
31. Knoll N, Schwarzer R (2004) „Prawdziwych przyjaciół”. Wsparcie społeczne, choroba i śmierć. W: Sęk H, Cieślak R (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN, 29–49.

Adres do korespondencji  
Jan Chodkiewicz  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii UŁ  
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź  
tel. (mobile) 0605 346 935  
e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

otrzymano 11.02.08  
przyjęto do druku 16.05.08