

Czynniki zagrażające rozwojowi dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym na przykładzie Dorosłych Dzieci Alkoholików

Risk factors for child development in families
with the alcohol-related problems
The example of Adult Children of Alcoholics

Krzysztof Gąsior

Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Akademii Świętokrzyskiej, Kielce
Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji, Kielce

Abstract – Introduction. The study aims at testing the relationships between family-of-origin disfunctions and selected aspects of the psychosocial functioning, as well as mental disorders of Adult Children of Alcoholics (ACA).

Method. The following instruments were used for this study: a biographic questionnaire, Costa and McCrae's NEO-FFI personality test, Popielski's Noo-dynamics Test, Antonowski's Practical Orientation Questionnaire (SOC-29), Endler and Parker's Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), Derogatis, Lipman and Covi's outpatient psychiatric rating scale (Symptom Checklist, SCL-90). The study group includes 61 subjects participating in ACA therapy (average age 27 years). Statistical analyses include the factor analysis and the correlation analysis.

Results. The degree of family-of-origin disfunctions influences the magnitude of mental disorders and psychosocial problems of ACA, more precisely – the domination of a drinking person in family, use of violence, bad and conflict loaded atmosphere at home, lack of maternal care (mother's impulsiveness and emotional instability), lack of parental care in difficult and threatening situations to which the children are exposed.

Key words: Adult Children of Alcoholics, parental alcohol abuse, predictors of psychopathology

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem badań było zweryfikowanie związków zachodzących między dysfunkcjonalnością rodziny pochodzenia a wybranymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego i objawami zaburzeń psychicznych u Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA).

Metoda. W badaniach zastosowane zostały: ankieta życiorysowa, test osobowości NEO-FFI Costy i McCrae, Test Noo-dynamiki Popielskiego, Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonowskiego (SOC-29), Inwentarz Stylu Radzenia sobie ze Stressem (CISS) Endlera i Parkera, Skala Klinicznych Objawów Psychopatologicznych (SCL-90) Derogatis, Lipman i Covi. Badana grupa liczyła 61 osób korzystających z terapii dla DDA (średnia wieku wynosiła 27 lat). Do opracowania statystycznego zastosowano analizę czynnikową i analizę korelacyjną.

Wyniki. Stopień dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia wpływa na nasilenie zaburzeń psychicznych i problemów psychospołecznych u DDA. Ważne są tu przede wszystkim następujące czynniki:

dominacja w rodzinie osoby pijącej, stosowanie przemocy, zła i konfliktowa atmosfera domowa, brak opieki ze strony matki (impulsywność i chwiejność emocjonalna matki), brak opieki ze strony rodziców w trudnych i zagrażających dla dziecka sytuacjach.

Słowa kluczowe: Dorosłe Dzieci Alkoholików, rodziny z problemem alkoholowym, czynniki zagrażające

WPROWADZENIE

Problematyka dzieci wychowujących się w rodzinach dysfunkcyjnych, szczególnie zaś w rodzinach z problemem alkoholowym, od dawna budziła zainteresowanie psychologów i psychoterapeutów. Niemniej dopiero w latach 70. XX wieku pojawiły się pierwsze znaczące publikacje na temat osób, które wychowywały się w rodzinach alkoholowych. Ich źródłem były z jednej strony – doświadczenia psychoterapeutów zajmujących się problematyką alkoholizmu, z drugiej zaś – pojawienie się ruchów samopomocowych i grup wsparcia, szczególnie zaś ruchu Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) (1). W literaturze przedmiotu zaczęto posługiwać się angielską nazwą Children of Alcoholics (COA) na określenie wszystkich dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz Adult Children of Alcoholics (ACA), która to nazwa odnosi się tylko do osób dorosłych (2, 3, 4, 5). W latach 70. i 80. ub. wieku intensywnie była rozwijana koncepcja współzależnienia (*co-dependence*), z nią też wiązano problemy wszystkich członków rodziny alkoholowej, również i dzieci. W efekcie na przełomie lat 1980/90 pojawiły się teorie stwierdzające, że każde dziecko wychowujące się w rodzinie alkoholowej w życiu dorosłym będzie doświadczać szeregu problemów, trudności, a nawet zaburzeń, traktowanych jako współzależnienie.

Odrywając się od koncepcji współzależnienia, zaczęto szukać oznak zaburzeń typowych dla tej grupy osób i próbowano opisać je w kategoriach odrębnego syndromu DDA (6, 7, 8:120 i nast). Oczywiście, wychowywanie się w rodzinie dysfunkcyjnej może mieć dla dziecka, później osoby dorosłej, negatywne skutki. Należy jednak pamiętać, że zgodnie z koncepcją np. Horowitz (9), rozwój dziecka zależy od interakcji czynników środowiskowych i predyspozycji rozwojowych. Stąd dzieci o silnych predyspozycjach rozwojowych wychowywane nawet w nie-sprzyjającym środowisku mogą dobrze się rozwijać (10). Ponadto niektóre badania (11, 12) wskazywały na to, że nie ma specyficznych różnic między osobami wychowującymi się w rodzinach alkoholowych i w rodzinach o innych typach dysfunkcji (np. rozwiedzionych czy z problemem przemocy). Głównym czynnikiem decydującym o powstawaniu zaburzeń jest wielkość i liczba stresorów wpływających na strukturę i życie rodzinne, a nie ich specyfika (np. alkoholizm). Wszystko powyższe wskazuje na to, że osoby dość już powszechnie określane mianem DDA nie tworzą jednorodnej grupy. Zarówno praktyka terapeutyczna, jak i dotychczas prowadzone badania zdają się umożliwiać wyróżnienie przynajmniej trzech podgrup Dorosłych Dzieci Alkoholików (1, 2, 13):

1. Osoby dobrze przystosowane i radzące sobie w życiu
Grupa osób, które, pomimo że wychowywały się w rodzinie alkoholowej, dobrze przystosowują się i dobrze radzą sobie w życiu. Nie mają trudności w rozwoju osobistym i w kontaktach z innymi ludźmi, a także brak u nich oznak jakichkolwiek zaburzeń psychicznych. Może to wynikać z ich większego potencjału rozwojowego oraz mniejszej liczby stresorów w życiu rodzinnym.
2. Osoby o tzw. „typowym syndromie DDA”
W tej podgrupie obserwuje się wiele problemów, związanych z życiem emocjonalnym, zaniżoną samooceną i trudności w relacjach z innymi, szczególnie jeśli chodzi o bliskie relacje. Problemy te nie osiągają poziomu dekompensacji neurotycznej czy zaburzeń osobowości, nie występują tu też uzależnienia.
3. Osoby źle przystosowane, ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi
Grupa osób z wyraźnymi zaburzeniami psychicznymi: uzależnieniami, nerwicami, zaburzeniami osobowości. Problemy wynikające z wychowywania się w rodzinie alkoholowej są tu bardziej złożone, w rodzinie pochodzenia tych osób występowało więcej stresorów, etiologia zaburzeń jest wieloczynnikowa, a same zaburzenia głębsze.

Specyfika problemów występujących u Dorosłych Dzieci Alkoholików – przegląd podstawowych kierunków badań

Rozkwit badań nad Dorosłymi Dziećmi Alkoholików przypada na lata 90. ub. wieku. Jak podają Ślaski (13) i Harter (1) podstawowe kierunki badawcze koncentrowały się na następujących zagadnieniach: specyfice syndromu DDA, problematyce dysfunkcjonalności rodziny alkoholowej, czynnikach chroniących przed nadużywaniem środków psychoaktywnych oraz czynnikach predysponujących do nadużywania tych środków.

Syndrom DDA

To kierunek badań najbardziej rozwinięty, ale przeżył już chyba swoje apogeum. Liczba badań w tej dziedzinie w ostatnich latach wyraźnie spada. Nie ma obecnie żadnych klinicznych dowodów na wyodrębnienie tzw. „syndromu DDA”, zespołu objawów typowych tylko dla osób wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym, w odróżnieniu np. od rodzin z rodzicem chorym psychicznie czy stosującym przemoc. Liczne badania nad tym zagadnieniem dotyczyły m.in. wyodrębnienia typów DDA (14), uzyskania typowego profilu osobowości na podstawie pomiaru testem MMPI-2 (15), znalezienia specyficznych cech dorosłych córek alkoholików (16), identyfikowania DDA przy użyciu odrębnego narzędzia psychometrycznego (17) czy badania ogólnej specyficzności DDA (18). Próbowano też opracować psychologiczną charakterystykę DDA (19) w oparciu o koncepcję Woititz. Wszystkie te badania wykluczyły odrębność syndromu DDA, ale jednocześnie potwierdziły istnienie specyficznych cech, które można by nazwać syndromem Dorosłych Dzieci z Rodzin Dysfunkcjonalnych (DDD).

Dysfunkcjonalność rodziny alkoholowej

Problemy, jakie stają przed badaczami próbującymi sensownie opisać wpływ dysfunkcjonalności rodziny na dziecko są bardzo szerokie. Dobrze przedstawił je w swym modelu Windle (20, por. też 13: 49). Model ten uwzględnia rolę bardzo wielu czynników mogących mieć wpływ na rozwój dziecka w rodzinie alkoholowej, m.in. problemów rodzinnych przed narodzeniem dziecka i czynników prenatalnych, obciążenia genetycznego, zaburzeń psychicznych rodziców i ich kontaktów społecznych, postaw rodzicielskich, temperamentu i rozwoju osobowości dziecka, biologicznej podatności na alkohol, kontaktów z rodzeństwem, przemocy w rodzinie. Czynniki te można pogrupować na biologiczne, psychologiczne i społeczne. Im większa liczba stresorów oraz dłuższy czas ich działania i słabsze predyspozycje rozwojowe, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się u dziecka problemów psychicznych. Potwierdzone zostały hipotezy o destrukcyjnym wpływie rodzica pijącego na rozwój dziecka, niemniej nie jest on specyficzny, ale może być porównywalny z innymi destrukcyjnymi zachowaniami rodziców (21, 22).

Czynniki chroniące przed zaburzeniami psychicznymi

Niektóre badania nad DDA pozwoliły na wyciągnięcie dość zaskakujących wniosków. Otóż, jak donosił Sher (23), pewne czynniki – np. temperament dziecka, postawa rodzica niepijącego i dalszej rodziny, a także szerszego środowiska – mogły chronić przed pojawieniem się problemów w życiu dorosłym. Co więcej, wychowywanie się w rodzinie alkoholowej kształtuje niekiedy przystosowawcze cechy i zachowania (19). W nurcie tych badań leżą też pomiary efektywności oddziaływań profilaktycznych i psychoterapeutycznych (24) oraz ruchów samopomocowych (25). Kierunek badań nad czynnikami chroniącymi wydaje się być bardzo obiecujący.

Czynniki predysponujące do nadużywania środków psychoaktywnych

Zainteresowanie problematyką DDA poprzedziły badania nad wpływem rodziny alkoholowej na powstawanie uzależnienia u dzieci (26, 27, 28). Badania te prowadzono w dwóch kierunkach: próbowano zweryfikować predyspozycje genetyczne (dziedziczność biologiczna alkoholizmu) i wpływy środowiskowe („dziedziczenie” rodzinne). Najbardziej znaczące z tych projektów badawczych to badania Cloningera i jego licznych współpracowników (29). Wyodrębnił on dwa typy alkoholizmu, jeden bardziej warunkowany dziedzicznie (wpływy biologiczne), częściej występujący u mężczyzn i drugi środowiskowy (z przewagą czynników rodzinnych i środowiska pozarodzinnego), występujący równie często u mężczyzn i kobiet (30). W myśl teorii społecznego uczenia się próbowano też określać te zachowania rodziców, które miały największy wpływ na wzrost ryzyka uzależnienia u dzieci (31).

Niniejsze doniesienie z badań własnych koncentruje się na problematyce czynników związanych z dysfunkcjonalnością rodziny, które zwiększają ryzyko pojawienia się w życiu dorosłym problemów psychospołecznych i zaburzeń psychicznych.

MATERIAŁ I METODA

Celem badań było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jakie związki zachodzą między dysfunkcyjnością rodziny pochodzenia i doświadczeniami z dzieciństwa a wybranymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego i objawami zaburzeń psychicznych u Dorosłych Dzieci Alkoholików, korzystających z psychoterapii.

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

- Kwestionariusz życiorysowy własnej konstrukcji składający się ze 122 pytań, odnoszących się do różnorodnych doświadczeń związanych z wychowywaniem się w rodzinie z problemem alkoholowym oraz do aktualnej sytuacji życiowej badanych.

Pytania kwestionariuszowe pogrupowane są w 4 obszarach problemowych:

1. Rodzina pochodzenia i traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa,
2. Okres szkolny i dojrzewanie,
3. Aktualne funkcjonowanie – praca zawodowa, związki międzyludzkie,
4. Historia problemów zdrowotnych i/lub emocjonalnych.

Bardziej szczegółowo zajęto się problematyką rodziny pochodzenia w kontekście jej ewentualnej dysfunkcyjności. W tym celu na podstawie grupy 26 pytań kwestionariusza skonstruowano Wskaźnik Dysfunkcyjności Rodziny Pochodzenia – WDRP (por. Załącznik). Opracowano algorytm (klucz) umożliwiającą ocenę odpowiedzi na każde pytanie w kategoriach „0–1”. Wartości wskaźnika wynosiły więc od 0 do 26 punktów; im były wyższe, tym większy stopień dysfunkcyjności rodziny. Rzetelność pozycji WDRP zmierzono za pomocą współczynnika alfa Cronbacha (0,60); na tym etapie badań uznano ją za wystarczającą.

- Test osobowości NEO-FFI odnosi się do koncepcji tzw. „Wielkiej Piątki” czynników opisujących osobowość wg Costy i McCrae (32).
- Test Noo-dynamiki Popielskiego (TND) dotyczy noetycznego wymiaru osobowości wg koncepcji Frankla i Popielskiego (33).
- Kwestionariusz Orientacji Życiowej Antonowskiego (SOC-29) odnosi się do poczucia koherencji jako ważnego wymiaru (34).
- Inwentarz Stylu Radzenia sobie ze Stresem (Coping Inventory for Stressful Situations – CISS) Endler, Parker (adaptacja Szczepanik, Wrześniewski, Strelau) opisuje 3 style radzenia sobie ze stresem: styl zorientowany na zadanie, skoncentrowany na emocjach, zorientowany na unikanie. Ten ostatni zawiera dwa podtypy: skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze oraz zorientowany na poszukiwanie kontaktów towarzyskich (35).
- Skala Klinicznych Objawów Psychopatologicznych (SCL-90) Derogatis, Lipman i Covi – jest to kwestionariusz samoopisowy dotyczący wstępnej diagnozy nasilenia objawów psychopatologicznych, takich jak somatyzacje, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myśli paranoidalne, tendencje psychotyczne (36).

Badaniami objęto 61 osób korzystających z psychoterapii grupowej dla DDA w Świętokrzyskim Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach. Średnia wieku

wynosiła 27 lat, od 20 do 44 lat. Wykształcenie: 50% osób – wyższe, 48,4% – średnie, a 1,6% – zawodowe. W grupie było 75,8% kobiet i 24,2% mężczyzn. Badanie przeprowadzono w pierwszych tygodniach, trwających 10 miesięcy, zajęć w grupie psychoterapeutycznej.

Do statystycznego opracowania uzyskanych wyników wykorzystano analizę czynnikową, analizę rzetelności pozycji alfa Cronbacha oraz współczynnik korelacji liniowej r Pearsona.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wstępna analiza kwestionariusza życiorysowego pozwoliła na wyodrębnienie wskaźnika dysfunkcyjności rodziny pochodzenia – WDRP (tab. 1). Na wskaźnik składało się 26 pytań opisujących intensywność picia przez rodzica, jego zachowanie, stosowanie przemocy, opiekę ze strony matki i ojca, atmosferę domową oraz niektóre cechy charakteryzujące oboje rodziców. Przeprowadzona została też analiza czynnikowa wewnątrz pytań składających się na wskaźnik dysfunkcyjności. Uzyskano w ten sposób 5 najbardziej wysycionych czynników (tab. 2):

- Czynniki 1 (pyt. 3, 11, 15) – dominacja ojca w domu (spospozeganie ojca jako osoby nadużywającej alkoholu i jednocześnie rządzącej oraz wywierającej największy wpływ na rodzinę i dzieci; brak problemu alkoholowego u matki),
- Czynniki 2 (pyt. 4, 12, 14, 21) – stosowanie przemocy przez ojca (spospozeganie ojca jako osoby pijącej, stosującej przemoc fizyczną i psychiczną, ignorującej potrzeby dziecka),

Tabela 1.

Zestawienie wartości współczynnika alfa Cronbacha oraz średnich dla poszczególnych pozycji Wskaźnika Dysfunkcyjności Rodziny Pochodzenia (WDRP) badanych osób
Specification of Alpha (Cronbach) values and mean for individual items Family-of-Origin Disfunctionality Coefficient (FODC)

Pozycje WDRP <i>Items of FODC</i>	Średnia <i>Mean</i>	Alfa Cronbacha ALPHA	Pozycje WDRP <i>Items of FODC</i>	Średnia <i>Mean</i>	Alfa Cronbacha ALPHA
SDR1	11,6	0,58	SDR14	11,1	0,57
SDR2	11,5	0,58	SDR15	10,9	0,59
SDR3	11,1	0,59	SDR16	11,5	0,60
SDR4	10,9	0,61	SDR17	11,3	0,58
SDR5	11,0	0,60	SDR18	11,7	0,61
SDR6	11,6	0,60	SDR19	11,6	0,61
SDR7	11,2	0,62	SDR20	11,1	0,59
SDR8	11,3	0,62	SDR21	11,0	0,57
SDR9	10,9	0,60	SDR22	11,5	0,56
SDR10	11,1	0,61	SDR23	11,6	0,60
SDR11	11,0	0,60	SDR24	11,6	0,59
SDR12	10,8	0,60	SDR25	11,6	0,59
SDR13	11,4	0,60	SDR26	11,6	0,59

Tabela 2.

Zestawienie czynników wyodrębnionych na podstawie analizy czynnikowej 26 pytań WDRP
Results of the factor analysis of 26 items of FODC

Czynniki <i>Factors</i>	Wartość własna czynnika <i>Eigenvalue</i>	% wspólnej wariancji <i>Percent of variance</i>
1. Dominacja ojca w domu <i>Domination of father</i>	3,57694	13,8
2. Stosowanie przemocy <i>Acts of violence</i>	2,95006	11,3
3. Atmosfera domowa <i>Household atmosphere</i>	2,59422	10,0
4. Opieka ze strony matki <i>Maternal care</i>	1,75953	6,8
5. Opieka ze strony rodziców <i>Paternal care</i>	1,74578	6,7

- Czynniki 3 (pyt. 1, 5, 17) – zła atmosfera domowa (spospozeganie atmosfery domowej jako złej, rodzina źle oceniana przez sąsiadów, źle układające się współżycie między rodzicami i brak miłości ze strony ojca),
- Czynniki 4 (pyt. 9, 10, 16, 20) – brak opieki ze strony matki (spospozeganie matki jako osoby mało interesującej się problemami dziecka i mało kochającej, a u ojca dostrzeganie trudnych cech charakteru),
- Czynniki 5 (7, 24, 25) – brak opieki ze strony rodziców w chorobie (spospozeganie rodziców jako osób nieudzielających pomocy dziecku w chorobie, a matki jako osoby o trudnych cechach charakteru).

Kolejnym krokiem analizy badań było skorelowanie wskaźnika dysfunkcyjności rodziny pochodzenia (WDRP) z wynikami testów psychologicznych. Pokróćce omówione zostaną wyniki testów odnoszących się do całej struktury osobowości, następnie zaś do poszczególnych jej wymiarów i aspektów, takich jak radzenie sobie ze stresem, wymiar noetyczny osobowości i poczucie koherencji, a na końcu – zależności korelacyjne z poszczególnymi objawami psychopatologicznymi.

Test osobowości NEO-FFI. Wskaźnik dysfunkcyjności (WDRP) pozytywnie korelował tylko z jednym wymiarem osobowości, a mianowicie z neurotycznością ($r = 0,29$, $p = 0,02$), co zostało przedstawione w tabeli 3.

Test CISS. W analizach nie ujawniono żadnej istotnej korelacji między WDRP a stylami radzenia sobie ze stresem (tab. 4).

Test Noo-dynamiki (TND) Popielskiego. Analiza wskazała na istnienie korelacji między WDRP a 7 skalami TND. Odnotowano pozytywną korelację ze skalą gotowość do wyrzeczeń ($r = 0,31$, $p = 0,02$), zaś negatywną – ze skalami wolność, odpowiedzialność, przyszłość, autotranscendencja, satysfakcja z osiągnięć, akceptacja innych osób (tab. 5).

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovskiego. Uchwycono negatywną korelację między WDRP a skalą poczucia zrozumienia i skalą poczucia zaradności (tab. 6).

Tabela 3.

Związki między WDRP a cechami osobowości Wielkiej Piątki
Relationship between Family-of-Origin Disfunctionality Coefficient (FODC) and individuality characteristics of the Big Five

Skale NEO-FFI					
Ekstrawersja <i>Extraversion</i>	Otwartość <i>Openness</i>	Ugodowość <i>Agreeableness</i>	Sumienność <i>Conscientiousness</i>	Neurotyzm <i>Neuroticism</i>	
22,73	29,13	28,92	27,82	32,08	średnia <i>mean</i> r Pearsona p
-0,13	-0,07	-0,94	0,09	0,29	
0,32	0,57	0,47	0,51	0,02	

Tabela 4.

Związki między WDRP a stylami radzenia sobie ze stresem (CISS)
Relationship between FODC and Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

Skale CISS					
Zadanie <i>Task-Oriented Coping</i>	Emocje <i>Emotion-Oriented Coping</i>	Unikanie <i>Avoidance Coping</i>	Czynności zastępcze <i>Distraction</i>	Poszukiwanie kontaktów <i>Social Diversion</i>	
55,42	53,94	45,29	20,71	16,63	średnia <i>mean</i> r Pearsona p
0,064	0,18	0,01	-0,08	-0,004	
0,62	0,16	0,95	0,53	0,98	

Tabela 5.

Związki między WDRP a noetycznym wymiarem osobowości (TND)
Relationship between FODC and noethical personality dimension

Skale TND <i>Noethical personality dimension</i>						
Wolność <i>Freedom</i>	Odpowiedzialność <i>Responsibility</i>	Przyszłość <i>Future</i>	Satysfakcja z osiągnięć <i>Satisfaction</i>	Gotowość do wyrzeczeń <i>Renouncement</i>	Akceptacja innych <i>Acceptance of others</i>	
3,08	3,79	3,06	2,90	3,57	3,06	średnia <i>mean</i> r p
-0,28	-0,32	-0,24	-0,30	0,31	-0,37	
0,03	0,05	0,07	0,02	0,02	0,01	

Tabela 6.

Związki między WDRP a poczuciem koherencji ujmowanym przez SOC
Relationship between FODC and sense of coherence (SOC)

Skale SOC			
Poczucie zrozumienia <i>Comprehensibility</i>	Poczucie sensowności <i>Meaningfulness</i>	Poczucie zaradności <i>Manageability</i>	
36,76	42,29	38,68	średnia <i>mean</i> r Pearsona p
-0,29	-0,19	-0,32	
0,02	0,15	0,01	

Tabela 7.
Związki między WDRP a objawami psychopatologicznymi
Relationship between FODC and psychopathological symptoms

Skale SCL-90									
Somatyzacje <i>Somatisation</i>	Natręctwa <i>Obsessive-Compulsive</i>	Nadwrażliwość emocjonalna <i>Interpersonal sensitivity</i>	Depresyjność <i>Depression</i>	Lęk <i>Anxiety</i>	Wrogość <i>Hostility</i>	Fobie <i>Phobia</i>	Myślenie paranoidalne <i>Paranoid thinking</i>	Tendencje psychotyczne <i>Psychoticism</i>	
13,63	17,82	16,47	25,03	16,74	8,95	5,74	10,05	12,55	średnia mean
0,17	0,17	0,26	0,31	0,12	0,11	0,06	0,27	0,11	r
0,20	0,18	0,05	0,02	0,36	0,40	0,64	0,04	0,42	p

Skala SCL-90. WDRP pozytywnie korelował z dwiema skalami: skalą depresji oraz skalą myślenia paranoidalnego (tab. 7).

Analiza jakościowa przedstawionych powyżej wyników i zależności pozwala stwierdzić, że wskaźnik dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia (WDRP) pozytywnie koreluje z neurotycznymi cechami osobowości i z objawami depresji. Im wyższe wartości wskaźnika, czyli większa dysfunkcjonalność rodziny pochodzenia, tym większe nasilenie neurotycznych cech osobowości i objawów depresyjnych, nieufności i nadwrażliwości interpersonalnej u badanych osób. Interesująco przedstawiały się wyniki testów odnoszących się do noetycznego wymiaru osobowości. Wymiar ten jest istotnie powiązany z poczuciem sensu życia i systemem wartości jednostki. Analiza jakościowa WDRP i TND wskazała, że im wyższy wskaźnik WDRP, tym większa u badanych tendencja do wyrzeczeń, ale mniejsze poczucie wolności osobistej, mniejsza zdolność do przekraczania ograniczeń, czerpania satysfakcji z osiągnięć, do akceptacji innych osób, a także w większym stopniu koncentrowanie się na przeszłości i niepewne patrzenie w przyszłość. Świat dla badanych osób z wysokim WDRP wydaje się być mało zrozumiały, ludzie postrzegani są jako niebezpieczni, a własna zaradność oceniana bardzo nisko.

Wstępna ocena wskaźnika dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia wypadła w miarę zadowalająco. Wyodrębniona grupa pytań z kwestionariusza życiorysowego dotycząca WDRP odnosi się do atmosfery domowej i spostrzegania rodziny w środowisku, oceny relacji z rodzicami (matką i ojcem) na co dzień i w sytuacji stresu, do nasilenia problemów związanych z piciem i stosowaniem przemocy w rodzinie oraz do oceny relacji z rodzeństwem. Konieczne są jednak dalsze badania nad WDRP – zarówno co do jego trafności, jak i rzetelności, bowiem procent wspólnej wariancji wyjaśniającej czynniki związane ze wskaźnikiem nie jest wysoki.

PODSUMOWANIE

Zaprojektowane i przeprowadzone badania Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), korzystających z psychoterapii, dotyczyły związków między dysfunkcjonalnością rodziny a występowaniem w dorosłości problemów psychospołecznych i zaburzeń psychicznych. Pozwoliły one na sprecyzowanie podanych niżej wniosków.

A. Doświadczenie wzrastania i wychowywania się w rodzinie dysfunkcyjnej może (ale nie musi) pociągać za sobą negatywne konsekwencje w życiu dorosłym. Zależy to przede wszystkim od następujących czynników:

1. dominacji w rodzinie osoby wnoszącej destrukcję – górowanie nad pozostałymi członkami rodziny i wywieranie największego wpływu na innych,
2. stosowania przemocy przez ojca nadużywającego alkoholu,
3. atmosfery domowej charakteryzującej się konfliktami między rodzicami i poczuciem braku miłości w rodzinie oraz złą opinią w środowisku,
4. braku opieki ze strony matki (cechy charakteru matki świadczą o jej impulsywności i chwiejności emocjonalnej),

5. braku opieki ze strony rodziców w trudnych i zagrażających dla dziecka sytuacjach.

Czynniki te mają charakter dwubiegunowy. Im bardziej nasilone są cechy przeciwstawnego bieguna, tym mniejsza dysfunkcjonalność rodziny, a zatem tym więcej czynników chroniących dziecko. Doświadczenie życia w rodzinie alkoholowej zależne jest więc zarówno od zachowania ojca, jak i matki. Dwa najbardziej zagrażające dla rozwoju dziecka czynniki to dominacja w rodzinie pijącego ojca i stosowanie przez niego przemocy. Sytuację pogarsza bierność matki, jej rozchwianie emocjonalne oraz brak z jej strony opieki, zwłaszcza w sytuacjach trudnych dla dziecka. Całości dopełnia zła i konfliktowa atmosfera w domu oraz negatywna opinia o rodzinie ze strony sąsiadów. Wydaje się, że czynniki te mogą być charakterystyczne nie tylko dla rodziny z problemem alkoholowym, ale i dla innych dysfunkcyjnych rodzin.

- B. Wysoki stopień dysfunkcjonalności rodziny (określony przez wskaźnik dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia – WDRP) wysoce koreluje z problemami pojawiającymi się w dorosłym życiu osoby wychowującej się w takiej rodzinie:
1. z nasileniem neurotycznych cech osobowości, połączonych z objawami depresyjnymi,
 2. z kontaktami z innymi osobami przejawiającymi się nieufnością wobec ludzi i trudnościami w zaakceptowaniu ich takimi jakimi są,
 3. ze słabym poczuciem koherencji, uwidocznionym głównie przez niski stopień zrozumiałości siebie i tego co się wokół dzieje oraz przez niski stopień zaradności,
 4. ze zwiększoną gotowością do wyrzeczeń (kosztem ograniczania wolności osobistej), z niskim poczuciem satysfakcji z osiągnięć oraz z koncentracją na przeszłości i niepewnością co do przyszłości.

W przyszłości należałoby poszerzyć grupę badawczą oraz zweryfikować trafność i rzetelność wskaźnika dysfunkcjonalności rodziny pochodzenia (WDRP). Oprócz czynników zagrażających, warto więcej uwagi poświęcić problematyce czynników chroniących. Konieczne jest również porównanie uzyskanych wyników z wynikami grupy kontrolnej – zarówno nie-DDA, jak i osób wychowujących się w innych rodzinach dysfunkcyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Harter SL (2000) Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics. A review of the recent empirical literature *Clinical Psychology Review*, 20, 3, April, 311–337.
2. Giglio JJ, Kaufman E (1990) The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International Journal of Addiction*, 25 (3), 263–290.
3. Black C (1981) *It Will Never Happen To Me*. Denver: MAC.
4. Brown S (1988) *Treating Adult Children of Alcoholics: A Developmental Perspective*. New York: John Wiley & Sons Inc.
5. Sobolewska Z (1992) *Odebrane dzieciństwo*. Warszawa: IPZ

6. Cermak T (1984) Children of alcoholics and the case for a new diagnostics category of codependency. *Alcohol, Health and Research World*, 8, 38–42.
7. Sher KJ (1997) Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol, Health and Research World*, 21 (3), 247–254.
8. Ryś M (2007) Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
9. Horowitz FD (1987) Exploring Developmental Theories: Toward a Structural/Behavioural Model of Development. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
10. Birch A (2005) *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
11. Menees MM, Segrin C (2000) The specificity of disrupted processes in families of Adult Children of Alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 35 (4), 361–367.
12. Scharf JL, Broida JP, Conway K, Yue A (2004) The interaction of parental alcoholism, adaptation role, and familial dysfunction. *Addictive Behaviors*, 29 (3), 575–581.
13. Ślaski S (2005) Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz ich rodzice – aktualny stan badań. *Roczniki Psychologiczne*, 8, 2, 37–55.
14. D'Andrea LM, Fisher GL, Harrison TC (1994) Cluster analysis of adult children of alcoholics. *International Journal of Addiction*, 29 (5), 565–582.
15. Coleman FL, Frick PJ (1994) MMPI-2 profiles of adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (3), 446–454.
16. Giunta CT, Compas BE (1994) Adult daughters of alcoholics: are they unique? *Journal of Studies on Alcohol*, 55 (5), 600–606.
17. Hodgins DC, Shimp L (1995) Identifying adult children of alcoholics: methodological review and a comparison of the CAST-6 with other methods. *Addiction*, 90 (2), 255–267.
18. Hardwick CJ, Hansen ND, Bainsfather L (1995) Are adult children of alcoholics unique? A study of object relation and reality testing. *International Journal of Addictions*, 30 (5), 525–539.
19. Baker DE, Stephenson LA (1995) Personality characteristics of adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (5), 694–702.
20. Windle M (2000) Stan badań nad dziećmi alkoholików: aktualne koncepcje i problemy. W: *Badania nad dziećmi alkoholików*. Seria Alkohol a Zdrowie, 26, Warszawa: PARPA, 10–25.
21. Senchak M, Leonard KE, Carroll A (1995) Comparisons of adult children of alcoholics, divorced and control parents in four outcome domains. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3, 147–156.
22. Kelley ML, French A, Bountress K, Keefe HA, Schroeder V, Steer K, Fals-Stewart W, Gumienny L (2007) Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32 (4), 675–685.
23. Sher KJ (1991) Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research. Chicago: University of Chicago Press.
24. Nikodemka S (2002) Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 12, 6–10.
25. Humphreys K (1996) World view change in Adult Children of Alcoholics/Al-Anon self-help groups: reconstructing the alcoholics family. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46 (2), 255–263.
26. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF (2002) Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001–1009.
27. Harter SL, Taylor TL (2000) Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *Journal of Substance Abuse*, 11 (1), 31–44.
28. Jennison KM, Johnson KA (1997) Resilience to drinking vulnerability in women with alcoholic parents: the moderating effects of dyadic cohesion in marital communication. *Substance Use & Misuse*, 32 (11), 461–489.
29. Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M (2000) Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: *Typologia alkoholizmu*. Seria Alkohol a Zdrowie, 24, Warszawa: PARPA, 50–64.

30. Gąsior K (2006) *Typy alkoholizmu kobiet*. Kielce: KARAD.
31. Johnson SL, Jacob T (1995) Psychological functioning in children of alcoholics fathers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 101–113.
32. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M (1998) *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
33. Popielski K (1991) *Analiza poczucia sensu życia. Test Noo-Dynamiki*. Lublin: KUL.
34. Antonovsky A (1995) *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPiN.
35. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K (1996) Diagnostyka stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39, 1.
36. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, 9 (1), 13–28.

Adres do korespondencji

Krzysztof Gąsior

Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji

ul. J. Nowaka-Jeziorańskiego 65, 25-432 Kielce

tel. (041) 331 53 13

e-mail: gasior@profilaktyka.com

otrzymano 10.03.2008

przyjęto do druku 5.08.2008

ZAŁĄCZNIK

KWESTIONARIUSZ ŻYCIORYSOWY WSKAŹNIK DYSFUNKCJONALNOŚCI RODZINY POCHODZENIA

Opracowanie: Krzysztof Gąsior

1. Pozycja rodziny wśród sąsiadów ze wsi, osady, miasta:
 - a) cieszyła się poważaniem, uznaniem
 - b) nie wyróżniała się niczym
 - c) uważana była za gorszą od innych
 - d) była prześladowana przez otoczenie (sąsiadów)
2. Twoje warunki materialne w dzieciństwie były:
 - a) lepsze niż większości rówieśników
 - b) podobne
 - c) gorsze

Używanie alkoholu przez rodziców w okresie Twojego dzieciństwa

3. matka
 - a) nie wiem, nie znam matki
 - b) rzadko, nie więcej niż 3–4 razy w roku
 - c) często (kilka razy w miesiącu)
 - d) bardzo często, co najmniej raz w tygodniu
 - e) nigdy nie używała alkoholu
4. ojciec
 - a) nie wiem, nie znam ojca
 - b) rzadko, nie więcej niż 3–4 razy w roku
 - c) często, kilka razy w miesiącu
 - d) bardzo często, co najmniej raz w tygodniu
 - e) nigdy nie używał alkoholu

5. W okresie twojego dzieciństwa współzycie między rodzicami lub opiekunami układało się:
 - a) bardzo dobrze
 - b) raczej dobrze
 - c) raczej źle
 - d) bardzo źle, doszło do rozpadu małżeństwa
6. Jeżeli któryś z rodziców przestał pić alkohol i zaczął utrzymywać abstynencję, to atmosfera domowa:
 - a) nie dotyczy
 - b) uległa całkowitej poprawie
 - c) częściowo się zmieniła
 - d) niewiele się zmieniła
 - e) nic się nie zmieniła
 - f) pogorszyła się

Uspობienie (charakter) rodziców – proszę wybrać dwie cechy, najlepiej określające matkę, ojca

7. Pierwsza cecha – matka
 - a) nie dotyczy (nie znam)
 - b) apodyktyczność
 - c) despotyczność
 - d) energiczność
 - e) wybuchowość
 - f) zrównoważenie
 - g) łagodność
 - h) ustępliwość
 - i) flegmatyczność
 - j) ponurość
8. Pierwsza cecha – ojciec
 - a) nie dotyczy (nie znam)
 - b) apodyktyczność
 - c) despotyczność
 - d) energiczność
 - e) wybuchowość
 - f) zrównoważenie
 - g) łagodność
 - h) ustępliwość
 - i) flegmatyczność
 - j) ponurość
9. Druga cecha – matka
 - a) nie dotyczy (nie znam)
 - b) apodyktyczność
 - c) despotyczność
 - d) energiczność
 - e) wybuchowość
 - f) zrównoważenie
 - g) łagodność
 - h) ustępliwość
 - i) flegmatyczność
 - j) ponurość
10. Druga cecha – ojciec
 - a) nie dotyczy (nie znam)
 - b) apodyktyczność

- c) despotyczność
 - d) energiczność
 - e) wybuchowość
 - f) zrównoważenie
 - g) łagodność
 - h) ustępliwość
 - i) flegmatyczność
 - j) ponurość
11. W domu rodzinnym:
- a) najczęściej rządził ojciec
 - b) najczęściej rządziła matka
 - c) na ogół wspólnie rządzili rodzice
 - d) najczęściej rządziła inna osoba (np. dziadek, babka)
12. Czy w okresie dzieciństwa lub dojrzewania, ktoś z rodziców używał przemocy fizycznej lub emocjonalnej
- a) nie
 - b) tak, głównie wobec współmałżonka
 - c) głównie wobec dzieci
 - d) zarówno wobec współmałżonka, jak i wobec dzieci

Jak często w okresie Twojego dzieciństwa dochodziło do przemocy fizycznej ze strony:

13. matki
- a) nie dochodziło
 - b) bardzo rzadko (1–2 razy)
 - c) rzadko (kilka razy w roku)
 - d) często (1–3 razy w miesiącu)
 - e) bardzo często (przynajmniej 1 raz w tygodniu)
14. ojca
- a) nie dochodziło
 - b) bardzo rzadko (1–2 razy)
 - c) rzadko (kilka razy w roku)
 - d) często (1–3 razy w miesiącu)
 - e) bardzo często (przynajmniej 1 raz w tygodniu)
15. W dzieciństwie największy wpływ na Ciebie wywierał/a (wybierz tylko jedną z możliwych odpowiedzi):
- a) ojciec
 - b) matka
 - c) babka
 - d) dziadek
 - e) inny krewny
 - f) ktoś z rodzeństwa
 - g) wychowawca (w szkole itp.)
 - h) inna osoba

Będąc dzieckiem, na ogół odczuwałaś/odczuwałeś, że:

16. matka
- a) nie dotyczy, nie było matki
 - b) bardzo mnie kochała
 - c) raczej mnie kochała
 - d) czułem, że jestem jej obojętny
 - e) czułem jej wrogość do mnie
17. ojciec:
- a) nie dotyczy, nie było ojca

- b) bardzo mnie kochał
- c) raczej mnie kochał
- d) czułem, że jestem mu obojętny
- e) czułem jego wrogość do mnie

Rodzicom zależało na wynikach Twojej nauki

18. matce

- a) nie dotyczy, nie było matki
- b) bardzo zależało
- c) średnio
- d) w ogóle jej na tym nie zależało

19. ojcu:

- a) nie dotyczy, nie było ojca
- b) bardzo zależało
- c) średnio
- d) w ogóle mu na tym nie zależało

Gdy w dzieciństwie zdarzały Ci się kłopoty, traktowano Cię:

20. matka

- a) nie dotyczy, nie było matki
- b) ze zrozumieniem, współczuciem, pomocą
- c) z obojętnością, brakiem zrozumienia, pomocy
- d) miała do mnie o to pretensje

21. ojciec

- a) nie dotyczy, nie było ojca
- b) ze zrozumieniem, współczuciem, pomocą
- c) z obojętnością, brakiem zrozumienia, pomocy
- d) miał do mnie o to pretensje

22. W porównaniu z rodzeństwem byłaś/byłeś:

- a) nie dotyczy – jedynaczka/jedynak
- b) wyróżniana/y ze względu na wyniki w nauce, urodę, sprawność, itp.
- c) traktowana/y podobnie jak inni
- d) uważana/y za gorszą/gorszego

23. Atmosfera i stosunki między rodzeństwem w okresie dzieciństwa

- a) nie dotyczy
- b) na ogół przeważała sympatia, bliskość i zgoda
- c) okresami kłótnie, okresami zgoda
- d) panowała niezgoda, nie lubiliśmy się

W czasie Twoich chorób, jakie zdarzały Ci się w okresie dzieciństwa (do 18 r.ż.)

24. matka

- a) nie dotyczy, nie było matki
- b) była bardziej troskliwa i serdeczniejsza niż zazwyczaj
- c) zachowywała się tak samo, jak zazwyczaj
- d) była zdenerwowana, okazywała złość o to, że chorujesz

25. ojciec

- a) nie dotyczy, nie było ojca
- b) był bardziej troskliwy i serdeczniejszy niż zazwyczaj
- c) zachowywał się tak samo, jak zazwyczaj
- d) był zdenerwowany, okazywał złość o to, że chorujesz

26. Czy dochodziło do molestowania seksualnego ze strony kogoś z rodziny lub spoza rodziny (brat, ojciec, kuzyn, obca osoba itp.)

- a) nie
- b) tak