

P r a c e o r y g i n a l n e

**OBRAZ RELACJI RODZINNYCH W OCZACH
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU
I ICH PARTNERÓW MAŁŻEŃSKICH**

**Irena Namysłowska¹, Bohdan T. Woronowicz²,
Marta Bogulas², Andrzej Beauvale³**

¹Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Institutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

²Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień

Institutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

³Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

**ASSESSMENT OF FAMILY RELATIONS BY PERSONS DEPENDENT ON ALCOHOL AND
THEIR SPOUSES**

ABSTRACT – The aim of the research was to assess selected aspects of family relations by the members of the marital dyad, in which one member was dependent on alcohol. The assessment concerned family as a whole ones own functioning within the family and dyadic relations from the wife's as well husband perspective.

One hundred marital pairs (19 with the wife and 81 with the husband dependent on alcohol) were assessed by Family Assessment Questionnaire (modification of FAM by Cierpka) as well 100 marriages of the control group, in which nobody was suffering from mental illness and alcohol dependence.

The results indicate that in every aspect of the family assessment, persons dependent on alcohol, an especially their partners were significantly different from the control group. The more negative family assessments were always made by the marriages, in which one partner was alcohol dependent, than by the control group. Family as the whole was most negatively assessed by the partners of the drinking persons, while they, have considerably poor assessment of their own functioning within the family. The research group was most different from the control group in the assessment of the relations in the marital dyad, the partners of alcohol dependent persons made significantly worst assessment of every aspect of the marital relations than their spouses.

The results of the research strongly confirmed the importance of the psychotherapeutic work with the whole family system and especially with the marital dyad in the treatment of alcohol dependence.

Key words: alcohol dependence, family relations.

STRESZCZENIE – Celem pracy była ocena wybranych aspektów relacji rodzinnych przez małżonków, z których jedno jest uzależnione od alkoholu oraz porównanie tej oceny z wynikami grupy kontrolnej.

Ocena ta dotyczyła funkcjonowania rodziny jako całości, swojego własnego funkcjonowania w rodzinie oraz relacji w diadzie małżeńskiej zarówno z perspektywy męża, jak i żony.

Zbadano Kwestionariuszami Oceny Rodziny (Modyfikacja FAM Cierpki) 100 par małżeńskich: 19, w których osobą uzależnioną od alkoholu była kobieta, oraz 81, w których uzależniony był mężczyzna, oraz 100 par małżeńskich, stanowiących grupę kontrolną, w których nikt nie leczył się psychiatrycznie i nie nadużywał alkoholu.

Wyniki pracy wskazują, że we wszystkich aspektach oceny rodziny osoby uzależnione od alkoholu, a zwłaszcza ich partnerzy, różnią się w sposób statystycznie istotny od grupy kontrolnej. Gorsze oceny pochodziły zawsze od małżeństw, w których jedno z partnerów było uzależnione od alkoholu. Rodzinę jako całość najgorzej oceniali partnerzy (partnerki) osób uzależnionych, zaś swoje własne funkcjonowanie w rodzinie istotnie gorzej oceniały osoby uzależnione od ich partnerów. W zakresie oceny relacji w diadzie małżeńskiej grupa badana najbardziej różniła się od grupy kontrolnej, partnerzy znacznie gorzej oceniali swoje relacje z małżonkami niż uzależnieni małżonkowie. Wyniki te wskazują na jednoznacznie negatywną ocenę relacji małżeńskich we wszystkich ich wymiarach, wyraźnie gorszą w grupie partnerów osób uzależnionych. Wyniki badań potwierdzają konieczność pracy terapeutycznej z całym systemem rodzinnym, a zwłaszcza z diadą małżeńską w leczeniu uzależnienia od alkoholu

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, relacje rodzinne.

WSTĘP

Mimo wielu rozważań teoretycznych na temat roli rodziny w uzależnieniu od alkoholu, których pochodną jest pojęcie „współuzależnienia” członków rodziny, „rodziny alkoholowej” lub „systemu zorganizowanego wokół alkoholu” (14, 17) i ich implikacji terapeutycznych, istnieje stosunkowo niewiele badań na ten temat. Zwłaszcza mniej jest badań dotyczących wpływu uzależnienia od alkoholu jednego z partnerów na relacje w diadzie małżeńskiej niż na relacje z dziećmi (2, 9, 15, 16, 18, 19).

Trudności dotyczą przede wszystkim dokładniejszego zidentyfikowania cech charakteryzujących te rodziny w porównaniu z tzw. „zdrowymi” rodzinami lub z dysfunkcją innego typu. Interesujące wnioski przyniosły między innymi badania Jacoba i wsp. (6, 7, 10) wskazujące na to, że rodziny, w których ktoś z członków był uzależniony od alkoholu, charakteryzowała interakcja emocjonalna, przejawiająca się mniejszą liczbą pozytywnych i większą negatywnych interakcji niż w rodzinach osób

zdrowych. Interakcje te dotyczyły zarówno diady małżeńskiej (7), jak i relacji pomiędzy obojgiem rodziców i dziećmi (9).

Ta sama grupa autorów, badając 100 rodzin z problemem alkoholowym, stwierdziła także, że charakter interakcji rodzinnej zależał zarówno od rodzaju zachowań w przebiegu uzależnienia (agresywne i antyspołeczne zachowania osoby pijącej vs. brak takich zachowań), jak i długości okresu picia i abstynencji. W rodzinach, w których, uzależniony od alkoholu partner małżeński był agresywny, było więcej negatywnych interakcji w trakcie picia niż w okresach abstynencji, podczas gdy w pozostałych rodzinach alkoholowych tej zależności nie obserwowano (8, 11).

Jak stwierdzili sami autorzy, wnioski te pozostają w pewnej sprzeczności z hipotezą Steinglassa i wsp. (17) „adaptacyjnych konsekwencji picia, które miało umożliwić taką interakcję w rodzinie, która zezwalała na dalsze jej funkcjonowanie”. Z pewnością stwierdzić można, że istnieje potrzeba dalszych badań dużych populacji rodzin, w których występują osoby uzależnione od alkoholu.

CEL BADAŃ

Celem badania była ocena wybranych aspektów relacji rodzinnych przez małżonków, z których jedno jest uzależnione od alkoholu oraz porównania tej oceny z grupą kontrolną. Ocena ta dotyczyła funkcjonowania rodziny jako całości, swojego własnego funkcjonowania w rodzinie oraz relacji w diadzie małżeńskiej zarówno z perspektywy męża, jak i żony.

Te trzy oceny składały się na tzw. „autoportret rodzinny”.

Postawiono następujące szczegółowe pytania badawcze:

- Czy istnieją różnice w ocenie funkcjonowania rodziny jako całości między osobą uzależnioną od alkoholu i jego (lub jej) partnerem oraz między nimi a małżeństwami bez takiego problemu, negującymi problemy psychiatryczne i nieleczącymi się z tego powodu, stanowiącymi grupę kontrolną, i jakich wymiarów rodzinnych różnice te dotyczą?

- Czy istnieją różnice i w jakich wymiarach w ocenie własnego funkcjonowania w rodzinie pomiędzy uzależnionym i niepijącym małżonkiem oraz między nimi a grupą kontrolną?

- Czy istnieją różnice w ocenie funkcjonowania diady małżeńskiej dokonanej przez osobę nadużywającą alkoholu i jej (lub jego) partnera małżeńskiego oraz między nimi a grupą kontrolną? Jakich wymiarów funkcjonowania rodziny różnice te dotyczą?

OSOBY BADANE I METODA

Grupa badana

Osoby badane to 100 par małżeńskich – dziewiętnaście, w których uzależniona od alkoholu była kobieta i osiemdziesiąt jeden, w których uzależnionym był mężczyzna. Za kryterium uzależnienia przyjęto diagnozę kliniczną postawioną przez lekarzy lub psychologów zajmujących się pacjentami. Osoby te rekrutowano w porad-

niach przeciwalkoholowych i w oddziale szpitalnym. Żadna z par małżeńskich nie uczestniczyła w terapii rodzinnej lub małżeńskiej.

Grupa kontrolna

Sto małżeństw do grup kontrolnych dobrano z blisko 300 rodzin, w których nikt nie leczył się psychiatrycznie, negował nadużywanie alkoholu ankietowanych w latach 1996-98 w ramach grantu KBN 4PO5B 093 13. Małżeństwa dobrano parami pod względem fazy rozwoju rodziny, wykształcenia i wieku, w miarę możliwości dla każdej z badanych podgrup, to jest 19 małżeństw z uzależnioną od alkoholu kobietą i 81 z uzależnionym mężczyzną. Liczebności obu grup prezentuje tabela 1.

Wiek kobiet uzależnionych od alkoholu wynosił średnio 43 lata, mężczyzn – 43,1 lat, ich partnerów zaś 45,2, a partnerek 39,9.

Wykształcenie badanych osób prezentuje tabela 2.

TABELA 1
Liczebność badanych grup.

Podgrupa	Liczebność	%t	% skumulowany
pacjentki	19	4,8	4,8
kontrolna do pacjentek	19	4,8	9,5
pacjenci	81	20,3	30,0
kontrolna do pacjentów	81	20,3	50,0
partnerki pacjentów	81	20,3	70,3
kontrolna do partnerek	81	20,3	90,5
partnerzy pacjentek	19	4,8	95,3
kontrolna do partnerów	19	4,8	100,0
Ogółem	400		100,0

TABELA 2
Wykształcenie badanych osób.

Podgrupa	Wykształcenie			Ogółem
	poniżej średniego	średnie	wyższe	
Pacjentki	3	9	7	19
Kontrolna do pacjentek	4	8	7	19
Pacjenci	31	28	21	80
Kontrolna do pacjentów	30	30	21	81
Ogółem	68	75	56	199

Szczegółowa charakterystyka grupy badanych osób uzależnionych od alkoholu

Okolo 1/3 (35% mężczyzn i 33 % kobiet) miało za sobą więcej niż jedną hospitalizację związaną z uzależnieniem od alkoholu.

Wśród wielu wskaźników opisujących grupę badaną wymieniono czas trwania uzależnienia oraz liczbę hospitalizacji, gdyż z danych z piśmiennictwa wynika wpływ

TABELA 3
Czas trwania uzależnienia (w miesiącach).

	Częstość		Procent		% ważnych		% skumulowany	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Do 154 miesięcy	40	17	49,4	89,5	50,0	89,5	50,0	89,5
Powyżej 154 miesięcy	40	2	49,4	10,5	50,0	10,5	100,0	100,0
Ogółem	80	19	98,8	100,0	100,0	100,0		
Braki danych systemowe braki danych	1		1,2					
Ogółem	81	19	100,0					

długości trwania choroby oraz liczby hospitalizacji na zmiany zachodzące w interakcjach rodzinnych (2, 8, 10, 14, 16).

W przypadku 49,9% uzależnionych mężczyzn ojciec nadużywał alkoholu, a w 6,2% matka. Dla kobiet dane te wynoszą odpowiednio 47,4% i 10,5%.

METODA BADAŃ

Podstawowym narzędziem badawczym były Kwestionariusze Oceny Rodziny (KOR), które są adaptacją powszechnie znanego narzędzia, jakim jest Kwestionariusz FAM (Family Assessment Measurement) Skinnera. KOR zostały dokładnie opisane w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym (1, 13), zarówno w aspekcie procedur normalizacyjnych dla warunków polskich, jak i właściwości psychometrycznych. Przypomnimy jedynie, że na Kwestionariusze Oceny Rodziny składają się trzy kwestionariusze: pierwszy opisuje ocenę rodziny jako całości, dokonaną osobno przez każdego członka rodziny, drugi – ocenę własnego funkcjonowania w rodzinie, a trzeci – funkcjonowania w diadzie, np. w diadzie mąż-żona, matka-córka, brat-siostra i odwrotnie.

Wszystkie trzy kwestionariusze badają następujące wymiary funkcjonowania rodziny: „wypełnianie zadań”, „pełnienie ról”, „komunikację”, „emocjonalność”, „zaangażowanie uczuciowe”, „kontrolę”, „wartości i normy”, a pierwszy z nich zawiera dodatkowo dwie skale kontrolne: „oczekiwania społecznych” i „obrony”. Dodano do nich uzyskane w trakcie analiz czynnikowych skale „twierdzeń pozytywnych” i „negatywnych” (do Kwestionariusza Oceny Rodziny i Kwestionariusza Oceny Relacji Diadczych) oraz skale: „życzliwości”, „troski” i „pretensji” do Kwestionariusza Samooceny.

Kluczowym dla tego modelu opisu rodziny jest wymiar dotyczący wypełniania zadań przez rodzinę. Prawidłowe wypełnianie zadań pozwala rodzinie osiągnąć cele biologiczne, psychologiczne i społeczne. Cele te dzielą się na podstawowe, dotyczące codziennego funkcjonowania (jedzenie, schronienie, zdrowie), rozwojowe, gwarantujące rozwój członków rodziny zgodnie z fazami cyklu życia rodziny oraz tzw. cele kryzysowe, umożliwiające rodzinie pokonywanie kryzysów.

Podział ról jest konieczny dla prawidłowego wykonywania zadań. Autorzy modelu dzielą role na tradycyjne, takie jak rola ojca, matki, dziecka itp., oraz idiosyn-

kratyczne, które są wyrazem rodzinnej lub indywidualnej patologii. Ich przykładem może być rola pacjenta, która ma np. zapewnić spójność rodziny i chronić ją przed rozpadem.

Komunikacja i emocjonalność – kolejne wymiary modelu rodziny są podstawowe dla realizacji zadań i podziału ról. Komunikacja w tym modelu oznacza sposoby wymiany informacji pomiędzy członkami rodziny, a jej celem jest osiągnięcie wzajemnego zrozumienia. Komunikacja może dotyczyć ekspresji emocji (emocjonalna), wykonywania codziennych zadań (instrumentalna) i neutralna. Im bardziej dysfunkcyjny system rodzinny, tym bardziej zakłócona jest komunikacja emocjonalna.

Wymiar określony jako *zaangażowanie uczuciowe* odnosi się do stopnia i jakości wzajemnego zainteresowania i dbania o siebie członków rodziny. Związany jest z tym, jak emocjonalne potrzeby rodziny są przez nią spełniane.

Kontrola oznacza różne interpersonalne strategie i techniki mające na celu wpływanie na zachowanie członków systemu rodzinnego.

Wartości i normy rodzinne wpływają na wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny, stanowiąc sumę tego, co jest i nie jest akceptowane przez rodzinę. Mogą być zgodne lub w różnym stopniu niezgodne z wartościami i normami systemu społecznego, w którym rodzina funkcjonuje.

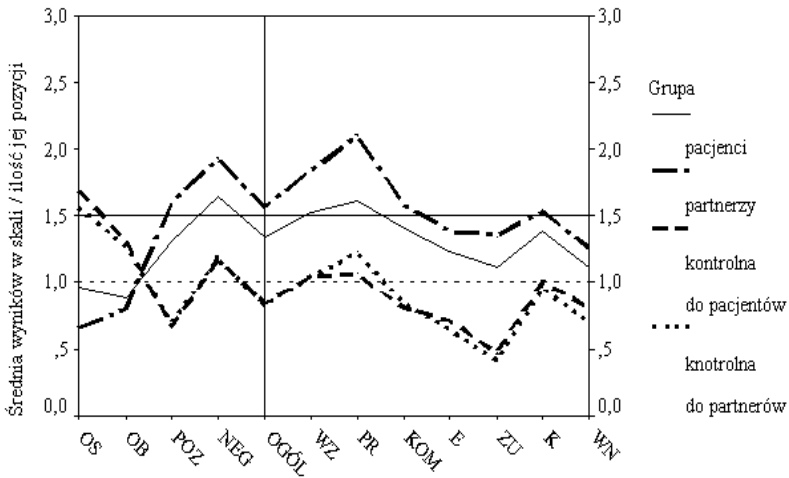
W trakcie badań normalizacyjnych na 600 rodzinach przyjęto, że na skali punktacji odpowiedzi od 0 do 3, granicą rozdzielającą wyniki zadowolające od niezadowolających (powyżej tej skali) jest wartość 1. Konsekwentnie można uznać wartość 1,5 za ostateczną granicę przedziałów wyników negatywnych (większych) i pozytywnych (mniejszych).

W analizach statystycznych posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji wyników poszczególnych skal kwestionariuszy KOR w 4 badanych grupach (ze sprawdzeniem spełnienia warunku jednorodności wariancji testem Levene'a), testem Tamhane'a oraz wielowariancyjnymi analizami MANOVA.

Ocena relacji rodzinnych przez osobę uzależnioną od alkoholu i jego/jej partnera małżeńskiego

Na rycinie 1, podobnie jak i na następnych, wyniki powyżej linii przerywanej (wartość 1) a zwłaszcza powyżej linii ciągłej (wartość 1,5) oznaczają negatywne oceny poszczególnych wymiarów funkcjonowania rodziny, poniżej zaś linii przerywanej – oceny pozytywne.

Wartości średnich wyników grup kontrolnych różnią się statystycznie istotnie od analogicznych średnich grup pacjentów i ich małżonków, przy czym nie ma istotnych różnic między grupami kontrolnymi. Kierunek różnic jest zawsze taki sam: wyższe czyli gorsze oceny dotyczą pacjentów i ich małżonków. Średnie zaś wyniki pacjentów, o ile różniły się od średnich partnerów, to zawsze na niekorzyść tych ostatnich (skale czynnikowe, ogólna, wypełniania zadań i pełnienia ról). W skali kontrolnej oczekiwań społecznych wyższe wyniki uzyskali pacjenci, co może świadczyć o ich sprawniejszych lub silniejszych mechanizmach obronnych i kompensacyjnych.



Ryc. 1. Średnione wyniki Kwestionariusza Oceny Rodziny.

OS – oczekiwania społeczne, OB – obrona POZ – twierdzenia pozytywne, NEG – twierdzenia negatywne, OGÓL – skala ogólna, WZ - wypełnianie zadań, PR – pretensje, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy.

Osoby z grupy kontrolnej oceniały najlepiej funkcjonowanie rodziny w wymiarach takich jak: twierdzenia pozytywne, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe oraz wartości i normy.

Z kolei pacjenci najlepiej oceniali rodzinę jako całość w wymiarach takich, jak zaangażowanie uczuciowe, rodzinne wartości i normy, nieco gorzej – w twierdzeniach pozytywnych i emocjonalności, a najgorzej w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji i kontroli. Oceny te nie przekroczyły jednak poziomu 1,5, dzielącego twierdzenia pozytywne od negatywnych. Jedyne wyjątkiem były wypowiedzi negatywne o rodzinie, znajdujące się powyżej tego kryterium (różnica istotna statystycznie).

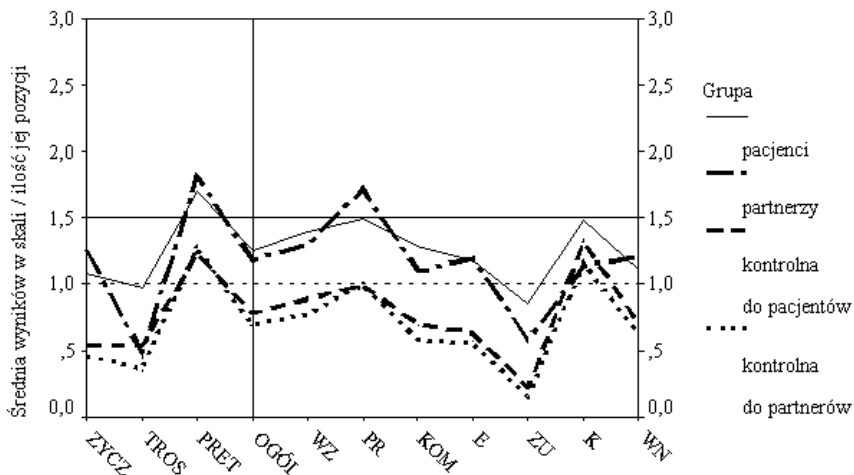
Wyniki grupy partnerów pacjentów najbardziej odbiegały od stanu pożądanego, czyli kryterium, jakim jest punkt 1, a nawet ostatecznej granicy ocen negatywnych i pozytywnych, tzn. 1,5. (patrz ryc. 1).

Partnerzy osób uzależnionych od alkoholu najgorzej oceniali funkcjonowanie rodziny jako całości w skali czynnikowej twierdzeń negatywnych, wypełnianiu zadań i pełnieniu ról (średnie wyniki statystycznie istotnie różne od 1 a nawet 1,5) nieco lepiej w pozostałych skalach, a najlepiej w wymiarze wartości i norm.

Wyniki wszystkich jednoczynnikowych analiz wariancji są statystycznie istotne. Przeprowadzone analizy wariancji rang Kruskala-Wallisa i testy różnic t między średnimi potwierdziły otrzymane rezultaty.

Samoocena funkcjonowania w rodzinie

Wyniki w tym zakresie przedstawione zostały na ryc. 2.



Ryc. 2. Uśrednione wyniki Kwestionariusza Samooceny.

ŻYCZ – życzliwość, TROS – troska, PRET – pretensje, OGÓL – skala ogólna, WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy.

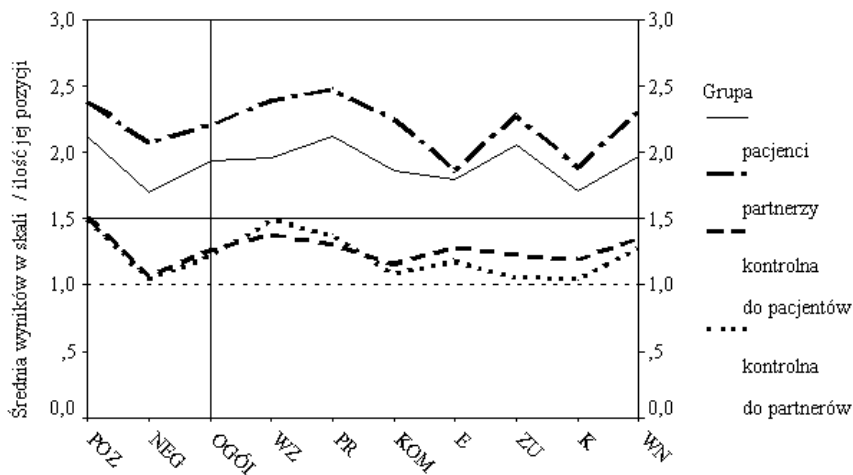
Grupy pacjentów i ich małżonków legitymują się statystycznie wyższymi (gorszymi) wynikami we wszystkich skalach w porównaniu z grupami kontrolnymi z wyjątkiem skali kontroli. W przypadku tej ostatniej, a także skali zaangażowania uczuciowego i troski istotnie gorzej oceniają siebie pacjenci niż ich partnerzy. Odwrotnie ma się rzecz ze skalą pełnienia ról, w której lepsze wyniki uzyskali pacjenci niż ich partnerzy.

Zarówno pacjenci, jak i ich małżonkowie najgorszy wynik uzyskali w skalach pretensji (istotnie odbiegający w górę od kryterium 1,5), a ci drudzy dodatkowo w skali pełnienia ról. Najlepsze zaś wyniki pacjenci uzyskali w skali zaangażowania uczuciowego (wartość średniej istotnie poniżej 1), a ich partnerzy zarówno w tej skali, jak i w czynnikowej skali troski.

Osoby z grup kontrolnych we wszystkich skalach, z wyjątkiem skali pełnienia ról i czynnikowej skali pretensji, uzyskały średnie wyniki istotnie mniejsze niż 1. Oznacza to, że osoby z grupy kontrolnej pozytywnie oceniały własne funkcjonowanie w rodzinie, najlepiej w zakresie zaangażowania uczuciowego i troski.

Relacje dwuosobowe oceniane Kwestionariuszem Relacji Dwuosobowych

We wszystkich skalach pacjenci i ich partnerzy uzyskali wyższe wyniki oznaczające gorszą ocenę w porównaniu z odpowiednimi grupami kontrolnymi. Także uśrednione wyniki partnerów w porównaniu z pacjentami były statystycznie istotnie wyższe (gorsze oceny funkcjonowania w diadzie małżeńskiej) w większości wymiarów poza emocjonalnością.



Ryc. 3. Uśrednione wyniki Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych KOR.

POZ – twierdzenia pozytywne, NEG – twierdzenia negatywne, OGÓL – skala ogólna, WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy.

Tak więc wszystkie oceny funkcjonowania w diadzie zarówno partnerów, jak i ich uzależnionych współmałżonków, mieszczące się znacznie powyżej ostatecznego kryterium 1,5, należy uznać za bardzo negatywne.

Natomiast między grupami kontrolnymi nie stwierdzono ani jednej statystycznie istotnej różnicy w ocenie funkcjonowania w diadzie małżeńskiej, pomimo znacznej dysproporcji w grupach kobiet i mężczyzn (19 vs. 81). Warto jednak zwrócić uwagę, że mimo tak spójnej oceny, ogólne oceny funkcjonowania w diadzie małżeńskiej w grupach kontrolnych nie są tak zadowolające jak oceny funkcjonowania rodziny jako całości a zwłaszcza oceny własnego funkcjonowania w rodzinie w tych samych grupach.

DYSKUSJA

Opublikowane badania dotyczące charakterystyki rodzin osób chorych na schizofrenię (3), jadłowstręt psychiczny (5, 12) oraz osób z niedokrwinną chorobą serca (4) potwierdziły przydatność kwestionariuszy KOR w ocenie relacji rodzinnych. Obawy, że są to narzędzia badawcze typu samoopisu, a więc opisujące subiektywną rzeczywistość rodzinną poszczególnych członków rodziny, nie są do końca uzasadnione, ponieważ dla rodziny ta subiektywność ocen jest bardzo istotna, zwłaszcza że ocena dokonana z zewnątrz przez niezależnego obserwatora nie oddaje w pełni rzeczywistości rodzinnej.

Badania 100 małżeństw, w których jeden z partnerów jest uzależniony od alkoholu, Kwestionariuszami Oceny Rodziny, będącymi modyfikacją FAM III i porównanie ich z dobranymi parami rodzinami kontrolnymi pozwoliły na stwierdzenie, że

TABELA 4
Analiza statystyczna wyników Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych.

Skala	Grupa	Wartość kryterialna = 1				Wartość kryterialna = 1,5			
		T	df	Istotność (dwustronna)	Różnica między średnią a kryterium	T	df	Istotność (dwustronna)	Różnica między średnią a kryterium
WZ	pacjenci	15,450	99	0,000	0,962	7,424	99	0,000	0,462
	partnerzy	32,265	98	0,000	1,399	20,734	98	0,000	0,899
	kontrola_pacjenci	5,044	99	0,000	0,385	-1,507	99	0,135	-0,115
	kontrola_partnerzy	7,069	99	0,000	0,485	-2,219	99	0,827	-0,015
PR	pacjenci	18,223	99	0,000	1,123	10,106	99	0,000	0,623
	partnerzy	33,692	99	0,000	1,487	22,367	99	0,000	0,987
	kontrola_pacjenci	3,642	99	0,000	0,303	-2,378	99	0,019	-0,198
	kontrola_partnerzy	4,144	99	0,000	0,375	-1,381	99	0,170	-0,125
KOM	pacjenci	10,776	99	0,000	0,863	40,529	99	0,000	0,363
	partnerzy	21,733	99	0,000	1,250	13,040	99	0,000	0,750
	kontrola_pacjenci	1,937	99	0,056	0,157	-4,212	99	0,000	-0,343
	kontrola_partnerzy	1,100	99	0,274	0,085	-5,369	99	0,000	-0,415
E	pacjenci	11,809	97	0,000	0,798	4,414	97	0,000	0,298
	partnerzy	12,912	99	0,000	0,863	5,427	99	0,000	0,363
	kontrola_pacjenci	3,410	99	0,001	0,283	-2,625	99	0,010	-0,218
	kontrola_partnerzy	2,186	99	0,031	0,178	-3,971	99	0,000	-0,323
ZU	pacjenci	13,088	99	0,000	1,055	6,885	99	0,000	0,555
	partnerzy	18,164	99	0,000	1,280	11,069	99	0,000	0,780
	kontrola_pacjenci	2,220	98	0,029	0,220	-2,832	98	0,006	-0,280
	kontrola_partnerzy	0,562	99	0,575	0,052	-4,790	99	0,000	-0,448
K	pacjenci	10,160	97	0,000	0,719	3,098	97	0,003	0,219
	partnerzy	15,593	98	0,000	0,889	6,822	98	0,000	0,389
	kontrola_pacjenci	2,315	99	0,023	0,185	-3,942	99	0,000	-0,315
	kontrola_partnerzy	0,599	99	0,551	0,045	-6,054	99	0,000	-0,455
WN	pacjenci	13,185	99	0,000	0,972	6,406	99	0,000	0,472
	partnerzy	20,079	99	0,000	1,310	12,415	99	0,000	0,810
	kontrola_pacjenci	3,822	99	0,000	0,355	-1,561	99	0,122	-0,145
	kontrola_partnerzy	2,793	99	0,006	0,272	-2,331	99	0,022	-0,228

Różnice między wartościami średnich arytmetycznych 7 skal oryginalnych Kwestionariusza relacji dwuosobowych a wartościami kryterialnymi 1 i 1,5 testowane za pomocą testu t dla jednej próby. Wszystkie wyniki jednoczynnikowych analiz wariancji były bardzo statystycznie istotne.

osoby badane w porównaniu z grupą kontrolną gorzej oceniają swoje rodziny, swoje własne funkcjonowanie w rodzinie, a przede wszystkich relacje małżeńskie.

Ocena wzajemnych relacji małżeńskich szczególnie odbiegała od grupy kontrolnej, zwłaszcza szczególnie źle oceniali je partnerzy osób pijących. Na uwagę zasługuje fakt, że najgorsze oceny dotyczyły funkcjonowania diady małżeńskiej, kolejno oceny funkcjonowania rodziny jako całości, natomiast ocena własnego funkcjonowania w rodzinie najmniej odbiegała od grupy kontrolnej, co przejawiało się najmniejszą liczbą ocen negatywnych.

Otrzymane wyniki są podobne do wyników badań Jacob i wsp. (6, 7), którzy stwierdzili, że w rodzinach z uzależnionym od alkoholu członkiem rzadziej występowały pozytywne interakcje niż negatywne w diadzie małżeńskiej

Ze wstępnych ocen i porównań z poprzednio badanymi typami rodzin wynika, że członkowie rodzin, w których jeden z małżonków jest uzależniony od alkoholu, oceniają ich funkcjonowanie gorzej niż rodziny z problemem anoreksji i schizofrenii, a podobnie, a nawet nieco gorzej niż rodziny w kryzysie, szukające pomocy terapeutycznej. Fakt ten rozumieć należy, iż „alkoholowy system rodzinny” w większości wymiarów jest głęboko dysfunkcyjny, zwłaszcza w zakresie funkcjonowania diady małżeńskiej, jego członkowie znajdują się w przewlekłym kryzysie, wobec którego mechanizmy adaptacyjne są stosunkowo słabe. Nie jest to, zwłaszcza dla klinicystów, odkrycie nowe, jednak wartość pracy upatrujemy w empirycznym potwierdzeniu wiedzy klinicznej

Wniosek ten ma nie tylko istotne znaczenie poznawcze, ale także implikacje praktyczne, raz jeszcze potwierdzające konieczność pracy psychoterapeutycznej z całym systemem rodzinnym, a zwłaszcza z diadą małżeńską w leczeniu uzależnienia od alkoholu.

WNIOSKI

Wyniki wszystkich trzech kwestionariuszy, to jest: kwestionariusza oceny rodziny, samooceny i relacji dwuosobowych stwarzają szansę na w miarę całościowy opis rodziny dokonany przez jej członków, partnerów małżeńskich, z których jedno jest uzależnione od alkoholu. Z ich analizy wynika, że zarówno w ocenie rodziny jako całości, swojego w niej funkcjonowania oraz oceny relacji dwuosobowych, osoby uzależnione od alkoholu, a zwłaszcza ich partnerzy różnią się w sposób istotny statystycznie od dobranych dwu grup kontrolnych (dla pacjentów i partnerów). Kierunek różnic był zawsze taki sam. Gorsze oceny pochodziły od członków małżeństw, w których jedno z partnerów jest uzależnione od alkoholu niż od małżeństw z grupy kontrolnej.

Rodzinę jako całość najgorzej oceniali partnerzy (partnerki) osób uzależnionych, zwłaszcza w wymiarach takich, jak twierdzenia negatywne, wypełnianie zadań i pełnienie ról, istotnie odbiegali od pożądanego kryterium oceny głównie w zakresie twierdzeń pozytywnych i emocjonalności.

Swoje własne funkcjonowanie w rodzinie gorzej oceniały osoby uzależnione niż ich partnerzy zwłaszcza w skali czynnikowej troski o rodzinę i zaangażowa-

nia emocjonalnego. Jedynie pełnienie ról w rodzinie lepiej oceniali pacjenci niż ich partnerzy.

Zarówno osoby uzależnione, jak i ich partnerzy najbardziej odbiegali od grupy kontrolnej w skali pretensji, a ci ostatni także w wymiarze pełnienia ról. Równocześnie warto jednak podkreślić, że najlepiej oceniali siebie pacjenci w zakresie zaangażowania uczuciowego w życie rodzinne, w czym nie różnili się od niepijących małżonków, którzy także wysoko cenili swoją troskę o rodzinę.

W zakresie oceny relacji w diadzie małżeńskiej grupa badana najbardziej różniła się od kontrolnej i to we wszystkich wymiarach kwestionariusza. Partnerzy znacznie gorzej oceniali swoich pijących małżonków niż odwrotnie. Uzyskane rezultaty oznaczają, że pacjenci znacząco lepiej oceniają swoje relacje z partnerami niż odwrotnie. Wynik ten może świadczyć o tym, że osoba uzależniona od alkoholu, na ogół gorzej funkcjonująca w małżeństwie, prawdopodobnie ma duże poczucie winy doprowadzające do „idealizacji” relacji z partnerem.

Ponieważ średnie grup pacjentów i ich małżonków odbiegają istotnie statystycznie od kryterium 1,5, wyniki te jednoznacznie wskazują na negatywną ocenę relacji małżeńskich we wszystkich ich aspektach, badanych kwestionariuszem diadycznym. Jak już podkreślono, ocena ta, będąc złą w obu grupach, jest istotnie gorsza w grupie partnerów osób pijących.

PIŚMIENNICTWO

1. Beauvale A., de Barbaro B., Namysłowska I., Furgał M.: *Niektóre psychometryczne właściwości Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatria Pol. 2002, 36, 29-40.
2. DeLucia C., Belz A., Chassin L.: *Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment*. Dev. Psychol. 2001, 37, 207-216.
3. Drożdżowicz L., de Barbaro B., Musiej M.: *Autoportret rodziny osób chorych na schizofrenię*. Psychiatria Pol., 2001, 35, suplement 3, 65-66.
4. Furgał M.: *Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca*. Nieopublikowana praca doktorska. CMUJ, Kraków 2002.
5. Iniewicz G., Józefik B., Namysłowska I., Ułasińska R.: *Obraz relacji rodzinnych w oczach pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część II*. Psychiatria Pol. 2002, 36, 65-81.
6. Jacob T.: *Family studies of alcoholism*. J. Fam. Psychol. 1992, 5, 319-338.
7. Jacob T., Krahn G.: *Marital interaction of alcoholic couples: Comparison with depressed and nondepressed couples*. J. Consult. Clin. Psychol. 1988, 56, 73-79.
8. Jacob T., Leonard K.E.: *Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption*. J. Abnorm. Psychol. 1988, 97, 231-237.
9. Jacob T., Krahn G., Leonard K.E.: *Parent-child interaction in families with alcoholic fathers*. J. Consult. Clin. Psychol. 1991, 59, 176-181.
10. Jacob T., Seilhalmer R.A.: *Alcoholism and family interaction*. Plenum, New York 1989.
11. Jacob T., Leonard K.E., Haber R.: *Family interactions of alcoholics as related to alcoholism type and drinking condition*. Alcoholism, 2001, 25, 835-843.

12. Józefik B., Iniewicz G., Namysłowska I., Ulańska R.: *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – Część I*. Psychiatria Pol., 2002, 36, 51-64.
13. Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A., de Barbaro B., Furgał M., Drożdżowicz L., Józefik B., Beauvale A.: *Kwstionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatria. Pol. 2002, 36, 17-28.
14. Namysłowska I.: *Terapia rodzin*. IPiN, Warszawa 2000.
15. Ross L.T., Hill E.M.: *Drinking and parental unpredictability among adult children of alcoholics: A pilot study*. Subst. Use Misuse. 2001, 36, 609-638.
16. Seihalm R.A., Jacob T., Dunn N.: *The impact of alcohol consumption on parent – child relationships in families of alcoholics*. J. Stud. Alcohol, 1993, 2, 189-198.
17. Steinglass P., Bennett L.A., Wolin S.J., Reiss D.: *The Alcoholic Family*. Basic Books, New York 1987.
18. West M., Prinz R.: *Parental alcoholism and childhood psychopathology*. Psychol. Bull. 1987, 102, 204-218.
19. Zetterlind U., Hansson H., Aberg-Orbeck K., Berglund M.: *Effects of coping skills training, group support and information for spouses of alcoholics: a controlled randomized study*. Nord. J. Psychiatry, 2001, 55 257-262.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Irena Namysłowska
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Al. Sobieskiego 9
02-957 Warszawa