

## Realizacja zadań rozwojowych przez dorastające dzieci alkoholików

Developmental task attainment by adolescent children of alcoholics

Iwona Grzegorzewska

Uniwersytet Zielonogórski, Wydział Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu

**Abstract – Introduction.** The analysis presented here addresses the issue of stages of development of adolescents in families with alcohol problems, more specifically of families with treated alcohol dependants as family members. The central hypothesis tested was that treatment exposure of the alcohol dependent fathers in the family would act as a major protective factor in families with alcohol problems. The assumption was forwarded that children of families with treated alcohol dependants accomplish tasks of juvenile development in terms of becoming more autonomous, integrating into peer groups and formulating plans for the future more successfully than children of families with currently drinking fathers. **Method.** The sample included 91 children aged 17–18 subdivided into three groups: 31 children of drinking alcohol addicts, 30 children of treated alcohol dependants, and 30 children of non addicted parents. **Results.** In general, the results of the present study suggest that treatment exposure of alcohol dependent parents represents a significant protective factor in families with alcohol problem.

**Key words:** adolescence, children of alcoholics, autonomy, contact with peers, planning the future

**Streszczenie – Wstęp.** Problem pracy jest zogniskowany na zadaniach rozwojowych adolescentów w rodzinach z problemem alkoholowym, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin z leczącym się alkoholikiem. Celem prezentowanych badań była weryfikacja hipotezy, czy podjęcie leczenia przez uzależnionego ojca można uznać za jeden z ważniejszych czynników ochronnych w rodzinach z problemem alkoholowym. Główne pytanie badawcze dotyczy zagadnienia, czy dzieci leczących się alkoholików różnią się od dzieci pijących ojców w zakresie realizacji następujących zadań: autonomia, relacje z rówieśnikami i planowanie przyszłości.

**Metoda.** W badaniach uczestniczyło 91 osób, w wieku 17–18 lat w trzech grupach porównawczych: 31 dzieci pijących ojców, 30 dzieci leczących się alkoholików i 30 dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego.

**Wyniki.** Uzyskane wyniki badań wskazują, że uczestniczenie ojca–alkoholika w procesie zdrowienia można uznać za znaczący czynnik ochronny w rodzinach z problemem alkoholowym.

**Słowa kluczowe:** okres dorastania, dzieci alkoholików, autonomia, relacje z rówieśnikami, planowanie przyszłości

---

Finansowane ze środków własnych

Referat, na podstawie którego przygotowano ten artykuł, został przedstawiony na II Konferencji Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami (Warszawa, 28–29.09.2010)

## WSTĘP

Okres dorastania jest etapem przejściowym pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. Charakteryzuje się zmianami rozwojowymi dotyczącymi najważniejszych elementów biopsychospołecznego funkcjonowania. Dla adolescentów oznacza to przede wszystkim konieczność sprostania różnym wyzwaniom: radzenie sobie z presją rówieśników, a jednocześnie umiejętność nawiązywania satysfakcjonujących relacji rówieśniczych; utrzymywanie równowagi pomiędzy rozwijaniem autonomii a więzami bliskości w rodzinie oraz określenie własnej wizji przyszłości w odniesieniu do zawodu i pracy zarobkowej. Proces wypełniania tych zadań jest uwarunkowany wzajemną interakcją biologicznych, psychicznych i rodzinnych czynników ryzyka i ochrony.

W rodzinach z problemem alkoholowym proces dorastania dzieci jest szczególnie „narażony” na działanie wielu negatywnych czynników. Nie ulega wątpliwości, że ze względu na wrodzoną podatność na stres (uwarunkowaną historią alkoholizmu w rodzinie i czynnikami biologicznymi) oraz nagromadzenie zdarzeń stresowych, w rodzinie i poza nią, dzieci te można umieścić w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia problemów rozwojowych. Udokumentowano, że w porównaniu z dziećmi z rodzin nie-alkoholowych, dzieci alkoholików mają więcej eksternalizujących (zaburzenia zachowania, ADHD, impulsywność) i internalizujących (depresja, niepokój) trudności (1, 2), a także więcej interpersonalnych i społecznych problemów (3, 4). Podwyższone ryzyko zaburzeń dotyczy również kształtowania się wielu jakościowo odmiennych ścieżek rozwojowych – problemy alkoholowe rodziców mogą stanowić tu zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania (5). Wyniki badań potwierdzają występowanie istotnych trudności podczas realizacji wybranych zadań rozwojowych w zakresie: kształtowania dojrzałych relacji interpersonalnych (6) i rozwoju autonomicznej tożsamości opartej na zintegrowanym poczuciu własnego ja (7), a także w zakresie identyfikacji ról życiowych i prawidłowego ich podziału (8). Deficyty w radzeniu sobie z wyzwaniami okresu dorastania mogą kierować dzieci alkoholików na „zaburzone” ścieżki rozwojowe, w konsekwencji przyczyniając się do ich niedostosowania (9).

Wyniki badań z ostatnich lat w znacznym stopniu potwierdzają tę tezę (3), jednak liczba analiz empirycznych, dotyczących poziomu realizacji zadań rozwojowych przez dzieci alkoholików jest niewielka, a uzyskane wyniki badań bardzo niejednoznaczne (4, 10). Część badaczy twierdzi, że status dziecka alkoholika nie zawsze jest związany z zaburzonym przebiegiem rozwoju, a trudności i problemy natury psychicznej, pojawiające się u niektórych z nich, nie zawsze dają się tłumaczyć uzależnieniem rodziców (11).

W świetle dotychczasowych badań można prognozować, że alkoholizm rodziców przyczynia się do obniżenia jakości funkcji rodzicielskich, co pozwala spodziewać się trudności w realizacji zadań rozwojowych przez ich dzieci (9). Niewiele natomiast wiadomo, jak zmieniają się warunki rozwoju w rodzinach alkoholowych, w sytuacji gdy uzależniony rodzic podejmuje leczenie. Nie ma empirycznych dowodów na to,

jaki jest rodzaj i siła tych zmian. Można jedynie domniemywać, że w miarę indywidualnego rozwoju rodzica (w ramach terapii), sposób pełnienia ról rodzinnych oraz charakter wzajemnych relacji powinien ulegać zmianom. Jest to zgodne z badaniami Cierpialkowskiej (12), z których wynika, że dopiero w późnej fazie zdrowienia alkoholicy wykazują znacząco większą aktywność w podejmowaniu ról społecznych.

Nieliczne badania zdają się potwierdzać pogląd, że podjęcie leczenia przez uzależnionego rodzica ma wpływ na jego potomstwo. Studia nad rodzinami leczących się alkoholików prowadzą do wniosku, że również dzieci uczestniczą w procesie zdrowienia (13). Istniejący stan wiedzy na temat funkcjonowania rodzin z leczącym się alkoholikiem jest jednak niewystarczający. O ile koncepcje zmian, jakie zachodzą w wyniku udziału w procesie leczenia u alkoholika i jego partnerki, były już poddawane empirycznej weryfikacji (14), o tyle zagadnienie wpływu zmian, jakie zachodzą w wyniku procesu leczenia alkoholika, na istotne (w świetle literatury przedmiotu) uwarunkowania przebiegu rozwoju dzieci i młodzieży, wciąż pozostaje w sferze teoretycznych i hipotetycznych spekulacji.

W kontekście powyższych rozważań celem prezentowanych badań było uzyskanie odpowiedzi na podstawowe pytanie: czy dzieci leczących się alkoholików różnią się od dzieci nieleczących się alkoholików w zakresie poziomu realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania.

## MATERIAŁ I METODA

### Procedura badawcza

Podstawowym celem badań było przeprowadzenie analizy porównawczej między grupami dzieci z rodzin alkoholowych<sup>1</sup> a grupą dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego, aby uzyskać odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją różnice pomiędzy dziećmi leczących i nieleczących się alkoholików w zakresie poziomu realizacji zadań rozwojowych w okresie adolescencji?
2. Czy istnieją różnice pomiędzy dziećmi alkoholików (nieleczących i leczących się ojców) a dziećmi z rodzin nie-alkoholowych w zakresie poziomu realizacji zadań rozwojowych w okresie adolescencji?

Z literatury przedmiotu wynika, że poziom realizacji zadań rozwojowych u dzieci leczących się alkoholików może się różnić, w porównaniu z dziećmi nieleczących się alkoholików ze względu na zmiany zachodzące w rodzinie pod wpływem procesu zdrowienia. Zgodnie z procedurą badań pomiarem objęto ogólny poziom realizacji zadań rozwojowych charakterystycznych dla adolescencji oraz poziom realizacji zadań w obszarze: niezależność od rodziców, planowanie przyszłości i kontakty

---

<sup>1</sup> Wszystkie różnice między grupami były sprawdzane dla 3 grup: dzieci nieleczących się alkoholików, w grupie dzieci leczących się alkoholików i w grupie kontrolnej.

z rówieśnikami. Postawiono hipotezę, że dzieci leczących się alkoholików będą wykazywały wyższy – w porównaniu z dziećmi nieleczących się rodziców–alkoholików – poziom realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania. Przyjęto hipotezę, że u dzieci leczących się alkoholików będzie podobny poziom badanych zmiennych, jak u dzieci z grupy kontrolnej (rodzin bez problemu alkoholowego).

Badania zostały przeprowadzone w dwóch etapach: przygotowawczym i właściwym.

- 1) *Etap pilotażowy*. Przygotowano narzędzie badawcze i sprawdzono jego właściwości psychometryczne. Następnie przeprowadzono badania pilotażowe na grupie 227 osób w celu standaryzacji metody badawczej.
- 2) *Etap właściwy*. Badania zasadnicze przeprowadzono na grupie 91 osób. Udział w nich był dobrowolny, a każda osoba została poinformowana o charakterze i przebiegu badania. Kryterium doboru do grupy kontrolnej był wiek, płeć i niealkoholowa historia rodzinna. Procedura doboru do grup dzieci alkoholików obejmowała diagnozę historii alkoholizmu rodzinnego. Diagnoza polegała na przeprowadzeniu wywiadu z rodzicem oraz na analizie, za jego zgodą, dokumentacji z poradni odwykowej pod kątem, czy jest uzależniony od alkoholu i czy utrzymuje abstynencję. W celu wyodrębnienia grupy leczących się alkoholików zastosowano kryterium temporalne, ponieważ nieliczne badania nad przebiegiem terapii alkoholizmu (14) wskazują na znaczne trudności w stosowaniu innych wskaźników.

W niniejszej pracy określenia „zdrowienie” i „trzeźwienie” używane są zamiennie i przeciwstawia się je pojęciu „niepicie” (tzw. suchy alkoholik), które charakteryzuje stan polegający jedynie na powstrzymaniu się alkoholików od spożywania alkoholu.

Dokonując obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet statystyczny SPSS v.11.5.

## Osoby badane

W badaniach wzięło udział 91 osób w wieku 17–18 lat z trzech grup porównawczych: **1) grupa dzieci nieleczących się alkoholików** – 30 dzieci, których ojcowie są uzależnieni od alkoholu i dotychczas nie podejmowali prób leczenia; **2) grupa dzieci leczących się alkoholików** – 31 dzieci, których ojcowie są uzależnieni od alkoholu, utrzymują co najmniej pięcioletni okres abstynencji i regularnie uczestniczą w spotkaniach grup AA oraz **3) grupa kontrolna** – 30 dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. Wszystkie grupy badawcze charakteryzowały się podobnym rozkładem warunków socjodemograficznych w zakresie poziomu wykształcenia, liczby rodzeństwa i oceny sytuacji materialnej rodziny. Rozkład płci przedstawia się następująco: w grupie dzieci nieleczących się alkoholików jest 16 chłopców (51,6%) i 15 dziewcząt (48,4%), w grupie dzieci leczących się alkoholików: 16 chłopców (53,3%) i 14 dziewcząt (46,6%), a w grupie kontrolnej: 14 chłopców (46,6%) i 16 dziewcząt (53,3%). Jak widać rozkład liczbowy i procentowy badanej próby ze względu na płeć jest podobny, więc wyróżnione grupy można uznać za równoliczne pod względem występowania chłopców i dziewcząt.

## Metoda

Do oceny poziomu realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania wykorzystano Kwestionariusz Realizacji Zadań Rozwojowych własnego autorstwa (15). W przedstawionym modelu badawczym przyjęto za Havighurstem (16) następującą definicję zadania rozwojowego: jest to zadanie pojawiające się na danym etapie rozwoju człowieka, którego osiągnięcie daje poczucie zadowolenia, a jego niespełnienie prowadzi do poczucia przegranej i stwarza trudności w realizacji zadań rozwojowych następnego etapu. Z pięciu wyróżnionych przez niego kategorii zadań rozwojowych okresu dorastania wybrano trzy: 1. osiągnięcie niezależności i samodzielności w działaniu (np. zadanie związane z osiągnięciem niezależności emocjonalnej od rodziców, osiągnięcie bezpieczeństwa i niezależności finansowej), 2. nawiązanie i utrzymanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, 3. planowanie przyszłości (np. zadania związane z wyborem zawodu i przygotowywaniem się do niego, przygotowanie się do małżeństwa i życia rodzinnego). Kryterium wyboru stanowiła ważność danego zadania rozwojowego dla dobrego funkcjonowania w kolejnej fazie rozwoju (wczesna dorosłość). Prawidłowa realizacja wybranych zadań rozwojowych adolescencji stwarza dobrą podstawę do rozpoczęcia samodzielnego życia. Kwestionariusz składa się zatem z 3 skal mierzących podstawowe zadania. Poszczególne skale dotyczą: skala pierwsza – osiągania nowych i bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obojga płci, skala druga – osiągania emocjonalnej niezależności od rodziców oraz skala trzecia – konstruktywnego planowania własnej przyszłości. Starano się tak formułować pytania, aby odnosiły się do faktów lub odczuć osoby badanej. Poniżej znajduje się przykład pytania użytego do oceny kontaktów badanego z rówieśnikami (analogiczne sposoby pomiaru zastosowano w przypadku pozostałych zadań, chociaż odpowiedzi do wyboru czasami zostały nieco inaczej sformułowane).

### Zadanie I (kontakty z rówieśnikami)

1. Czy obecnie masz grupę kolegów i koleżanek, dla których przyjaźń z Tobą jest czymś ważnym?
  - a. teraz nie mam takich kolegów i koleżanek
  - b. mam kilku kolegów i kilka koleżanek, ale nie są to moi bliscy przyjaciele
  - c. od pewnego czasu mam takich przyjaciół, na których mogę w pełni polegać.

Odpowiedzi są punktowane 1, 2 lub 3 punkty; im wyższa liczba, tym lepiej realizowane zadanie. Zakres każdej skali mieści się w przedziale 0–27 punktów. Wskaźnik realizacji zadań rozwojowych stanowi sumę punktów uzyskanych przy ocenie realizacji trzech, wspomnianych wyżej zadań. Jest to wskaźnik ogólnego poziomu realizacji zadań rozwojowych.

W celu dokonania standaryzacji metod badawczych wykonano badania pilotażowe (N = 227), które przebiegały w dwóch etapach. W pierwszym etapie badań (N = 107) celem przeprowadzonych pomiarów było dokonanie analizy parametrów poszczególnych pozycji testowych *Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych*. Badania przeprowadzono na wybranej grupie uczniów szkół średnich z terenu

Zielonej Góry. Zdecydowano się na obliczenia wskaźników dyskryminacji metodą opartą na różnicy między skrajnymi grupami (17). Po odrzuceniu pozycji o słabej mocy dyskryminacyjnej stworzono ostateczne wersje poszczególnych technik. Celem drugiego etapu badań pilotażowych (N = 120) była standaryzacja metod badawczych. Do realizacji tego celu wykorzystano metodę sprawdzania różnic międzygrupowych. Zastosowano, zgodnie z propozycją Brzezińskiego (18), dwuczynnikowy układ analizy wariancji z częściowym powtarzaniem pomiarów zmiennej zależnej w obrębie jednego czynnika. Na podstawie teorii zadań rozwojowych leżącej u podstaw konstruowanego testu, wyodrębniono dwie grupy kryterialne: osoby dostosowane i osoby niedostosowane. Kryterium podziału był przebieg nauki szkolnej i ewentualny konflikt z prawem: do grupy dostosowanej zakwalifikowano 60 uczniów renomowanego zielonogórskiego liceum ogólnokształcącego w wieku 17–18 lat (bez wyroków sądowych: karnych lub opiekuńczych); do grupy niedostosowanej zakwalifikowano osoby, które miały trudności z realizacją obowiązku szkolnego i weszły w konflikt z prawem. Czynnikiem powtarzalnym był w tym układzie „test psychometryczny” – kolejne pozycje testowe. Celem drugiego etapu badań pilotażowych było sprawdzenie istnienia przewidywanych różnic w wynikach poszczególnych testów, uzyskanych przez osoby należące do tych dwóch skrajnych grup. Analiza efektów prostych pozwoliła na stwierdzenie, które z pozycji testowych różnicują grupy kryterialne.

Kwestionariusz Realizacji Zadań Rozwojowych wydaje się cechować dobrymi parametrami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności, określone na grupie 120 osób, przybierają wartości z przedziału 0,77–0,92. Wszystkie pytania w teście osiągnęły zadowalający poziom mocy dyskryminacyjnej (w przedziale 0,343–0,677). Trafność testu wykazano metodą sprawdzania różnic międzygrupowych i uzyskano satysfakcjonujące rezultaty (15).

## WYNIKI BADAŃ

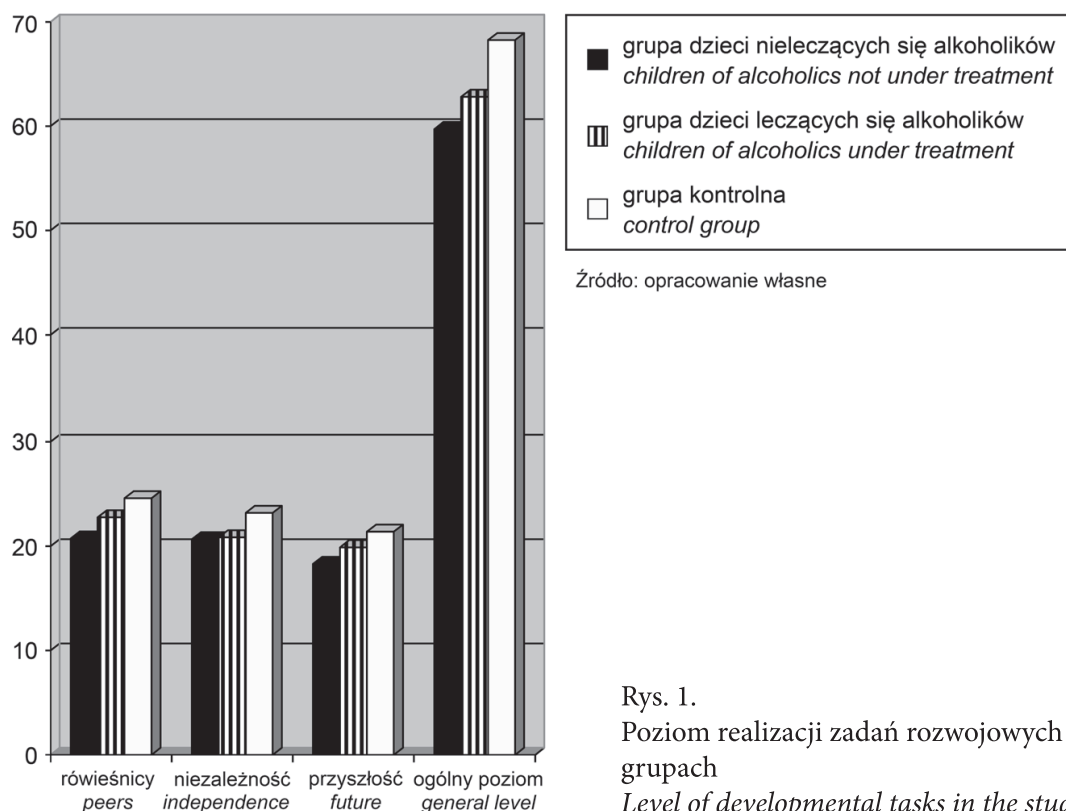
Przed przystąpieniem do weryfikacji postawionych pytań badawczych sprawdzono, czy istnieją różnice w nasileniu poszczególnych zmiennych w grupach wyróżnionych ze względu na płeć. Zastosowano test *t*-Studenta. Okazało się, że w badanej grupie nie wystąpiło zróżnicowanie w zakresie zmiennych ze względu na zmienną płeć. Nie ma zatem podstaw do odrzucenia hipotezy o braku różnicy i dlatego w dalszej części analiz grupy są traktowane w sposób całościowy. Uzyskane wyniki w zakresie realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania zostały przedstawione na rysunku 1 oraz w tabeli 1.

Statystyki opisowe zmiennych zadania rozwojowe (tab. 1 i rys. 1) wskazują, że we wszystkich wyróżnionych grupach występują różnice w uzyskanych wynikach średnich wybranych zadań rozwojowych. Analiza wyników *Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych* wskazuje (por. tab. 1), że wartości średnie dla 1) zadania rozwojowego: kontakty z rówieśnikami wynoszą – w grupie kontrolnej  $M = 24,20$  ( $SD = 3,13$ ), w grupie dzieci leczących się alkoholików  $M = 22,53$  ( $SD = 3,36$ ), w grupie

Tabela 1.

Zadania rozwojowe – statystyki opisowe zmiennych: kontakty z rówieśnikami, niezależność od rodziców, planowanie przyszłości oraz ogólny poziom realizacji zadań w poszczególnych badanych grupach  
*Developmental tasks – descriptive statistics of variables: peer contacts, achieving independence, planning future and general level of developmental tasks in the different study groups*

Zadania rozwojowe <i>Developmental tasks</i>	Badana grupa <i>Study group</i>	Średnia <i>Mean (M)</i>	Odchylenie standardowe <i>Standard deviation (SD)</i>	Błąd standardowy <i>Standard error</i>	95% przedział ufności dla średniej <i>95% confidence interval for mean</i>		Minimum	Maximum
					Dolna granica <i>Lower limit</i>	Górna granica <i>Upper limit</i>		
Kontakty z rówieśnikami <i>Peer contacts</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików <i>Children of alcoholics not under treatment</i>	20,68	3,628	0,652	19,35	22,01	13	27
	Grupa dzieci leczących się alkoholików <i>Children of alcoholics under treatment</i>	22,53	3,360	0,614	21,28	23,79	14	27
Osiągnięcie niezależności <i>Achieving independence</i>	Grupa kontrolna <i>Control group</i>	24,20	3,134	0,572	23,03	25,37	11	27
	Ogółem <i>General</i>	22,45	3,646	0,382	21,69	23,21	11	27
	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	20,61	3,095	0,556	19,48	21,75	14	26
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	20,77	3,607	0,659	19,42	22,11	12	26
Planowanie przyszłości <i>Planning the future</i>	Grupa kontrolna	22,93	2,449	0,447	22,02	23,85	15	26
	Ogółem	21,43	3,232	0,339	20,76	22,10	12	26
	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	18,45	3,335	0,599	17,23	19,67	12	25
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	19,90	3,252	0,594	18,69	21,11	11	25
Ogólny poziom <i>General level</i>	Grupa kontrolna	21,27	2,828	0,516	20,21	22,32	14	26
	Ogółem	19,86	3,322	0,348	19,70	20,55	11	26
	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	59,74	7,97	1,432	56,82	62,67	40	73
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	63,20	7,972	1,455	60,22	66,18	37	76
	Grupa kontrolna	68,40	6,049	1,104	66,14	70,66	45	78
	Ogółem	63,74	8,142	0,853	62,04	65,43	37	78



Rys. 1.  
Poziom realizacji zadań rozwojowych w badanych grupach  
*Level of developmental tasks in the study groups*

dzieci pijących alkoholików  $M = 20,68$  ( $SD = 3,63$ ); 2) zadania rozwojowego: niezależność od rodziców wynoszą – w grupie kontrolnej  $M = 22,93$  ( $SD = 2,45$ ), w grupie dzieci leczących się alkoholików  $M = 20,77$  ( $SD = 3,6$ ), a w grupie dzieci pijących alkoholików  $M = 20,61$  ( $SD = 3,1$ ); 3) zadania rozwojowego: planowanie przyszłości wynoszą – w grupie kontrolnej  $M = 21,27$  ( $SD = 2,8$ ), w grupie dzieci leczących się alkoholików  $M = 19,9$  ( $SD = 3,2$ ), w grupie dzieci pijących alkoholików  $M = 18,45$  ( $SD = 3,3$ ). W tabeli 1 przedstawiono średnie dla wyróżnionych grup, odchylenie i błąd standardowy, dolną i górną granicę przedziału ufności oraz wynik minimalny i maksymalny uzyskany w poszczególnych grupach.

Celem dalszej analizy statystycznej było sprawdzenie, czy uzyskane różnice są istotne statystycznie. Istotność różnic między grupami badawczymi w zakresie zmiennych opisujących poziom realizacji zadań rozwojowych weryfikowano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji (por. tabela 2) uzupełnionej testami *post hoc* Tukeya. Otrzymane wyniki dla zmiennych zadania rozwojowe przedstawia tabela 3. Wyniki analiz wskazują na istnienie istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami co do poziomu realizacji zadań rozwojowych okresu adolescencji. Istotne statystycznie różnice dotyczą wszystkich mierzonych zadań rozwojowych, ale nie między wszystkimi grupami.

W porównaniu z grupą kontrolną dzieci pijących alkoholików charakteryzują się istotnie niższym poziomem realizacji wszystkich mierzonych zadań rozwojowych. Natomiast dzieci leczących się alkoholików w odniesieniu do zadań rozwojowych: planowanie przyszłości i kontakty z rówieśnikami nie różnią się ani od dzieci



Tabela 2.

Realizacja zadań rozwojowych – porównanie grupy dzieci nieleczących się alkoholików, grupy dzieci leczących się alkoholików i grupy kontrolnej

*Realization of developmental tasks – comparison of children of alcoholics not under treatment, children of alcoholics under treatment and the control group*

Zadania rozwojowe <i>Developmental tasks</i>	Porównania <i>Comparison</i>	Suma kwadratów <i>Sum of squares</i>	df	Średni kwadrat <i>Mean square</i>	F	Istotność statystyczna <i>Statistical significance</i>
Kontakty z rówieśnikami <i>Peer contacts</i>	Między grupami <i>Between groups</i>	189,487	2	94,743	8,279	0,001
	Wewnątrz grup <i>Within groups</i>	1007,041	88	11,444		
	Ogółem <i>General</i>	1196,527	90			
Osiąganie niezależności <i>Achieving independence</i>	Między grupami	101,698	2	50,849	5,336	0,006
	Wewnątrz grup	838,588	88	9,529		
	Ogółem	940,286	90			
Planowanie przyszłości <i>Planning the future</i>	Między grupami	120,899	2	60,449	6,099	0,003
	Wewnątrz grup	872,244	88	9,912		
	Ogółem	10511,824	90			
Ogólny poziom realizacji zadań rozwojowych <i>General level of the realization of developmental tasks</i>	Między grupami	1155,753	2	577,867	10,572	0,000
	Wewnątrz grup	4809,953	88	54,66		
	Ogółem	5965,670	90			

pijących alkoholików ani od dzieci z grupy kontrolnej. W porównaniu z grupą kontrolną dzieci leczących się alkoholików (podobnie jak dzieci pijących alkoholików) charakteryzują się istotnie niższym poziomem realizacji zadania: niezależność od rodziców (por. tabela 3).

## PODSUMOWANIE I DYSKUSJA

Doniesienia klinicystów na temat funkcjonowania dzieci alkoholików (19, 20) oraz wyniki badań empirycznych (11, 21) określają tę populację jako grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów rozwojowych ze względu na działanie zarówno podmiotowych, jak środowiskowych czynników ryzyka. Podjęcie leczenia przez uzależnionego rodzica zmienia kontekst rozwoju dzieci w rodzinach alkoholowych. Stan ten można uznać za potencjalny czynnik ryzyka i ochrony ze względu na możliwość wystąpienia zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmian w sprawowaniu funkcji rodzicielskich przez matkę i ojca (12).

Wyniki prezentowanych badań nie były do końca takie, jakich oczekiwano, szczególnie co do ogólnego poziomu realizacji zadań rozwojowych i zadania związanego z niezależnością od rodziców. Jednak w przypadku dzieci ojców leczących się wyniki

Tabela 3.  
 Realizacja zadań rozwojowych – porównania wielokrotne grupy dzieci nieleczących się alkoholików, grupy dzieci leczących się alkoholików i grupy kontrolnej  
*Realization of developmental tasks – comparison of children of alcoholics not under treatment, children of alcoholics under treatment and the control group*

Zmienna zależna <i>Dependent variable</i>	Grupa <i>Group</i>	Grupa <i>Group</i>	Różnica średnich <i>Mean difference</i>	Błąd standardowy <i>Standard error</i>	Istotność statystyczna <i>Statistical significance</i>
Zadanie rozwojowe kontakty z rówieśnikami <i>Developmental task peer contacts</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików <i>Children of alcoholics not under treatment</i>	Grupa kontrolna <i>Control group</i>	-3,523(*)	0,866	0,000
	Grupa dzieci leczących się alkoholików <i>Children of alcoholics under treatment</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików <i>Children of alcoholics not under treatment</i>	1,856	0,866	0,087
Zadanie rozwojowe osiągnięcie niezależności <i>Developmental task achieving independence</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa kontrolna	-1,667	0,873	0,142
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa kontrolna	-2,320(*)	0,791	0,010
Zadanie rozwojowe planowanie przyszłości <i>Developmental task planning the future</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	0,154	0,791	0,979
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa kontrolna	-2,167(*)	0,797	0,021
Ogólny poziom realizacji zadań rozwojowych <i>General level of the realization of developmental tasks</i>	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa kontrolna	-2,815(*)	0,806	0,002
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	1,448	0,806	0,177
		Grupa kontrolna	-1,367	0,813	0,218
	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa kontrolna	-8,658(*)	1,893	0,000
	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	3,458	1,893	0,167
		Grupa kontrolna	5,200(*)	1,909	0,021

\* Różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05

\* The mean difference is significant on the level of 0.05

mogą wskazywać na pewną tendencję do poprawy ich funkcjonowania w zakresie zadań związanych z relacjami rówieśniczymi i planowaniem przyszłości – na co wskazuje brak istotnych różnic między grupą dzieci ojców leczących się a grupą kontrolną, przy istnieniu różnic między tą ostatnią a grupą dzieci ojców nieleczących się.

Warto zauważyć, że uzyskane wyniki badań układały się według charakterystycznego wzorca. Młodzież leczących się rodziców–alkoholików znajduje się pomiędzy grupą kontrolną (uzyskującą wyniki najwyższe) a grupą dzieci nieleczących się alkoholików (uzyskującą wyniki najniższe). Może to zatem potwierdzać zapoczątkowanie pozytywnych zmian rozwojowych w rodzinach alkoholowych z trzeźwiejącym alkoholikiem. Teza ta znajduje również pośrednie potwierdzenie w porównaniach grupy dzieci nieleczących się alkoholików i grupy młodzieży z rodzin bez problemu alkoholowego, bowiem dzieci pijących, nieleczących się alkoholików osiągnęły średnio najniższe wyniki w odniesieniu do poziomu realizacji wszystkich zadań rozwojowych okresu dorastania.

Szczególne wyniki porównań grupowych między dziećmi alkoholików a dziećmi niealkoholików uzyskano w zakresie zadania rozwojowego: niezależność od rodziców. Porównania wielokrotne wykazały, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, mające zarówno nieleczących się, jak i leczących się rodziców charakteryzują się stosunkowo niskim poziomem realizacji tego zadania. Co zaskakujące, mimo wielu stresujących doświadczeń w rodzinie, dzieci te cechują się większą zależnością od rodziców – zarówno finansową, jak i emocjonalną. Adolescenci z rodzin alkoholowych, niezależnie od tego, czy uzależniony ojciec pije czy utrzymuje abstynencję, wykazują przywiązanie do rodziny (bardziej o charakterze zależnościowym niż partnerskim) oraz mniejszą aktywność w osiąganiu niezależności i samodzielnym wchodzeniu w dorosłe życie.

Nasuwiają się trzy możliwe (niewykluczające się wzajemnie) interpretacje tego faktu. Po pierwsze, dążenie młodzieży do niezależności nie spotyka się ze wsparciem rodziców, zazwyczaj nadopiekuńczych matek i ojców dopiero co wchodzących ponownie w swoją rolę. Po drugie, utrzymywanie abstynencji i podjęcie leczenia przez uzależnionego ojca stwarza nową sytuację w rodzinie. Dzieci nareszcie mogą nacieszyć się emocjonalną dostępnością i obecnością rodziców oraz „odrobić zaległości” w byciu dzieckiem, co nie sprzyja podejmowaniu aktywności, związanej z usamodzielnianiem się i dążeniem do autonomii. Po trzecie, jak już wcześniej wspomniano, trudności te mogą wynikać ze zjawiska współuzależnienia, które dotyka również dzieci alkoholików i utrudnia im proces samodzielnego wchodzenia w dorosłość (21).

Jednocześnie brak wyraźnych różnic w poziomie realizacji zadań rozwojowych między dziećmi pijących i leczących się alkoholików oraz najniższe wyniki uzyskane przez dzieci pijących alkoholików wskazują, że wychowywanie się w rodzinie alkoholowej przyczynia się do dość trwałych, negatywnych zmian w funkcjonowaniu. Potwierdza to doniesienia oparte na doświadczeniach klinicystów, którzy podkreślają specyfikę kształtujących się u dzieci alkoholików dysfunkcji psychicznych. Jest również zgodne z poglądami naukowców z nurtu psychopatologii rozwojowej, którzy wskazują, że podwyższone ryzyko u dzieci alkoholików, oprócz możliwości

wystąpienia zaburzeń psychicznych, dotyczy również nieprawidłowości w realizacji zadań rozwojowych (9). Okazało się, że nieprawidłowości w rozwoju dzieci alkoholików są na tyle trwałe, że nawet pięcioletni okres abstynencji i trzeźwienia ojca–alkoholika nie wpływa znacząco na poprawę tego stanu rzeczy. Istotny brak poprawy można wytłumaczyć historią życia dzieci alkoholików, a zwłaszcza (z perspektywy psychopatologii rozwojowej) historią realizacji zadań rozwojowych w czasie poprzedzającym adolescencję. Ich realizacja w okresie młodszoszkolnym była u dzieci leczących się alkoholików zagrożona ze względu na aktywny czas alkoholizmu ojca. Prawdopodobne trudności w realizacji zadań etapów wcześniejszych wpłynęły negatywnie na realizację bieżących zadań rozwojowych, mimo że był to okres abstynencji i trzeźwienia ojca–alkoholika.

## **Wnioski**

Poziom realizacji zadań rozwojowych pozostaje w ścisłym związku z eksternalizacją i internalizacją problemów oraz z pojawiającymi się w przyszłości problemami uzależnień. Wykazane prawidłowości mogą być istotne dla zrozumienia przebiegu rozwoju i procesu adaptacji dzieci w rodzinach alkoholowych oraz zasługują na uwzględnienie szczególnie w programach skoncentrowanych na przeciwdziałaniu zaburzeniom psychospołecznym u młodzieży. Spojrzenie na problemy rodziny z perspektywy leczenia ojca–alkoholika pozwala na docenienie znaczenia czynników chroniących, zasobów i możliwości, jakie tkwią w jednostce i jej rodzinie. Wskazuje również na konieczność wzmocnienia rodzin z dziećmi w okresie adolescencji pod kątem podnoszenia jakości oddziaływań wychowawczych. W świetle prezentowanych badań okazało się bowiem, że proces kształtowania się własnej tożsamości przez adolescentów stawia nowe wyzwania przed rodzicami, którzy muszą stosować metody wychowawcze cechujące się konsekwencją w egzekwowaniu dyscypliny i wysokim poziomem udzielanego wsparcia. Dalsze badania powinny skupiać się na poszukiwaniu związków między poziomem realizacji zadań rozwojowych a eksternalizacją i internalizacją problemów w rodzinach z pijącym i leczącym się rodzicem–alkoholikiem.

Przedstawione badania mają niewątpliwie swoje ograniczenia, wynikające przede wszystkim z ich poprzecznego charakteru oraz z małej liczby badanych osób, a także z doboru grupy dzieci leczących się alkoholików (tylko dzieci ojców uczestniczących w leczeniu w ramach grup Anonimowych Alkoholików). Mogło to wpłynąć na reprezentatywność próby. Zważywszy na eksploracyjny model prezentowanych badań, można mieć jednak nadzieję, że uzyskane wyniki będą stanowić inspirację do dalszych empirycznych poszukiwań. Otrzymane rezultaty wskazują, że w rodzinach alkoholowych długotrwałe leczenie rodzica–alkoholika (pięć lat) zaledwie zapoczątkowuje u dzieci proces pozytywnych zmian rozwojowych. Uzyskanie lepszych efektów wymaga dodatkowych zmian i być może specjalnych interwencji w tym zakresie. Niemniej, jak się wydaje, poczynione obserwacje są ważne i powinny znaleźć odzwierciedlenie w sposobie terapii rodziców–alkoholików, a także w profilaktyce, której celem byłoby zwiększenie szans rozwojowych ich dzieci.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D (1988) Deliberate family process: A strategy for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 821–829.
2. Johnson JL, Rolf JE (1988) Cognitive functioning in children from alcoholic and non-alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 83, 849–885.
3. Sher KJ (1991) *Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: University of Chicago Press.
4. Stępień E (1991) Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci i młodzież z rodzin z problemem alkoholowym. *Alkoholizm i Narkomania*, wiosna, 144–158.
5. Ellis D, Zucker R, Fitzgerald H (2000) Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a zdrowie*, 26, 91–111.
6. Booz, Allen & Hamilton Inc. (1974) *An Assessment of the Needs of and Resources for Children of Alcoholic Parents*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
7. Beletsis S, Brown S (1981) A developmental framework for understanding the children of alcoholics. Focus on women. *Journal of Health and the Addictions*, 2 (winter), 1–32.
8. Brown S (1990) *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: PZWL.
9. Windle M, Davies PT (2003) Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: Leonard KE, Blane HT (red.) *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*. Warszawa: PARPA, 209–254.
10. Dziuba K (2005) *Eksternalizacja i internalizacja zaburzeń u młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym*. Niepublikowana praca magisterska, UAM: Poznań.
11. Johnson P (2001) Dimensions of functioning in alcoholic and non-alcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 127–136.
12. Cierpiałkowska L (1994) *Alcoholism. Self-Help Groups and Professional Therapy*. Series in Behavioural Sciences, Vol.5. Poznań–Warszawa–Rotterdam, Eburon–Delft.
13. Moos RH, Billings AG (1982) Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviours*, 7, 155–163.
14. Cierpiałkowska L (1997) *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
15. Grzegorzewska I (2006) *Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci leczących się alkoholików*. Niepublikowana praca doktorska. UAM: Poznań.
16. Havighurst RI (1948/1981) *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
17. Hornowska E (2003) *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
18. Brzeziński J (1984) Badanie testu psychometrycznego metodą analizy wariancji. W: Brzeziński J (red.) *Wybrane zagadnienia z psychometrii i diagnostyki psychologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
19. Woitiz JG (1992) *Dorośle dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologia Zdrowia i Trzeźwości.
20. Robinson BE, Woodside M (1998) *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
21. Cermak TL (1989) Al-Anon and recovery. W: Galanter M (red.) *Recent developments in alcoholism*. Treatment research. New York: Plenum Press, 91–104.

Adres do korespondencji  
 Iwona Grzegorzewska  
 Uniwersytet Zielonogórski  
 Zielona Góra, ul. Energetyków 2  
 tel. 607 030 805  
 e-mail: ia.g@interia.pl

otrzymano: 27.06.2011  
 przyjęto do druku: 16.08.2011