

Satysfakcja z życia i nasilenie objawów depresyjnych u Dorosłych Dzieci Alkoholików

Satisfaction with life and depression symptoms among Adult Children of Alcoholics

Anna Siwy-Hudowska¹, Anna Wiewiórska²

¹ Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

² Nowy Dwór Mazowiecki

Abstract – Aim. The study aims at an examination of the level of life satisfaction and depression symptoms of Adult Children of Alcoholics in comparison with individuals from families without alcohol problems. Alcohol consumption was also taken into consideration for this research project.

Method. Participants filled out the following paper pencil tests/questionnaires: Satisfaction with Life Scale (SWLS), Beck Depression Inventory (BDI) and AUDIT. The total sample of 60 participants included 29 Adult Children of Alcoholics (ACA) and 31 individuals from families without alcohol problems (nonACA). The study was conducted in 2008, mainly in Warsaw, Łódź and neighbouring regions. Data were analysed applying r-Pearson correlations, t-Student's tests and two-factor analyses of variance.

Results. The assumption was that ACAs would feel lower satisfaction with life than nonACAs. The results confirmed that assumption but only for those drinking less alcohol. ACAs drinking more alcohol were more satisfied with life than individuals from families without alcohol problem. It was also assumed that ACAs would more often than nonACAs experience depression symptoms. Findings supported that depression symptoms intensity was higher in ACAs group but this relationship was especially significant for those drinking more alcohol.

Key words: quality of life, depression, ACA, alcohol drinking

Streszczenie – Cel. Celem badania była ocena satysfakcji z życia oraz nasilenia objawów depresyjnych w grupie Dorosłych Dzieci Alkoholików w porównaniu z grupą osób pochodzących z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu. W badaniach obu grup uwzględniono także ilość i częstość picia alkoholu.

Metoda. Badanie miało charakter samoopisowy, osoby badane wypełniały następujące kwestionariusze badawcze: Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), Skala Depresji Becka (BDI) oraz Test AUDIT. Przebadano łącznie 60 osób: 29 Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) oraz 31 osób pochodzących z rodzin bez problemu alkoholowego (nie-DDA). Badanie przeprowadzono w 2008 r., głównie na terenie Warszawy i Łodzi oraz ich okolic. Dane analizowano przy użyciu korelacji r-Pearsona, testów t-Studenta oraz dwuczynnikowych analiz wariancji.

Badania dofinansowane w części przez środki przeznaczone na badania statutowe Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej

Wyniki. Założono, że DDA będą odczuwały mniejsze zadowolenie z życia niż nie-DDA. Wyniki potwierdziły to założenie, ale tylko wśród tych DDA, które piły alkohol mało i sporadycznie. Osoby z grupy DDA pijące częściej i więcej alkoholu deklarowały większą satysfakcję z życia niż nie-DDA, używające alkoholu w podobny sposób. Założono także, że DDA będą częściej niż nie-DDA doświadczały objawów depresyjnych. Z badań wynika, iż rzeczywiście nasilenie objawów depresyjnych jest większe w grupie DDA, lecz zależność ta jest szczególnie widoczna w przypadku tych osób, które więcej i częściej używają napojów alkoholowych.

Słowa kluczowe: jakość życia, depresja, DDA, picie alkoholu

WSTĘP

Kilkadziesiąt lat badań nad osobami wychowującymi się w rodzinach, w których przynajmniej jedno z rodziców było uzależnione od alkoholu, oraz udzielania pomocy psychologicznej tym osobom, zaowocowało wyodrębnieniem charakterystycznych cech i typowych dysfunkcji, określonych mianem zespołu Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA). Mimo że według wielu autorów zespół DDA oznacza występowanie całej gamy zaburzeń, wyniki badań empirycznych wskazują na fakt, że często DDA funkcjonują nie gorzej niż osoby pochodzące z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu.

Dorośle Dzieci Alkoholików mogą rozwijać się zarówno w kierunku zdrowia, jak i zaburzeń psychicznych. Badacze proponują spojrzenie na rozwój ewentualnych problemów jak na wynik interakcji czynników ryzyka i zasobów (także pozarodzinnych) (1, 2, 3). Takie rozumienie procesów rozwoju człowieka jest zgodne z założeniami zasad ekwifinalności i ekwipotencjalności (podejście systemowe). W myśl zasady ekwipotencjalności te same zaburzenia mogą być spowodowane przez różne konfiguracje czynników predysponujących i chroniących (wszelkiego pochodzenia). Natomiast zgodnie z zasadą ekwifinalności podobny układ czynników, warunkujących rozwój człowieka, może prowadzić do uaktywnienia mechanizmów zdrowia lub zaburzeń psychicznych (4).

Z badań wynika, że DDA, w porównaniu z osobami „zdrowymi”, częściej mają objawy depresji, nadpobudliwości, cierpią na zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, częściej popadają w uzależnienia oraz dopuszczają się przestępstw (4). Na podstawie badań można też wnioskować, że zaburzenia te korelują z większym spożyciem alkoholu niż w grupie osób pochodzących z rodzin, w których żadne z rodziców nie było uzależnione od alkoholu (5). DDA – jak podają Cermak i Rutzky – narażone są na czterokrotnie większe ryzyko alkoholizmu w porównaniu do osób pochodzących z tzw. „zdrowych” rodzin (6). Z kolei Windle i wsp. (7) wykazali, że wśród dorosłych pacjentów uzależnionych od alkoholu aż 59% kobiet i 30% mężczyzn doświadczało przemocy fizycznej i seksualnej w dzieciństwie, i to właśnie było powiązane z częstszym kształtowaniem się w dorosłości osobowości antyspołecznej, próbami samobójczymi oraz uogólnionymi zaburzeniami lękowymi u kobiet i depresją u mężczyzn. Z innych badań wynika, że

chłopcy wychowujący się w rodzinach, w których przynajmniej jedno z rodziców jest uzależnione od alkoholu, częściej stają się alkoholikami, dziewczynki natomiast skarżą się na objawy depresji (8). Ponadto, DDA mają zazwyczaj zaniżoną samoocenę (6, 9) i często obserwuje się u nich zachowania kompulsywne, jak np. zaburzenia odżywiania (10).

Pamiętać jednak należy, że wystąpienie wyżej wymienionych zaburzeń powiązane jest zawsze z określonym środowiskiem – sprzyjającym bądź niesprzyjającym rozwojowi choroby. Na przykład dowiedziono, że osoby dorastające w rodzinach alkoholowych (w których co najmniej jedno z rodziców było uzależnione) wykazują mniej dysfunkcji w dorosłości, jeśli w okresie dojrzewania nie doświadczały przemocy psychicznej i fizycznej ze strony rodziców oraz otrzymywały wsparcie poza domem (np. w szkole) (10). Wśród innych czynników chroniących wymieniane są także: wsparcie ze strony dalszej rodziny i innych osób bliskich (10), satysfakcja z przebiegu kariery zawodowej (11), temperament dziecka i rytuały rodzinne (12).

O ile problematyka występowania objawów psychopatologicznych wśród DDA była dość często podejmowana w literaturze, o tyle badania nad jakością ich życia należą do rzadkości. Jak można przypuszczać, zważywszy na wymienione dysfunkcje charakteryzujące DDA, jakość ich życia będzie niższa niż nie-DDA. Szczególnie ważne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie, co wpływa na jakość życia Dorosłych Dzieci Alkoholików oraz czy są to czynniki inne niż te, istotne dla jakości życia osób wychowujących się w rodzinach „zdrowych”.

Większość teorii psychologicznych oraz koncepcji filozoficznych, opisujących jakość życia (szczęście, zadowolenie, dobrostan), opiera się na subiektywnych ocenach tych zmiennych. Zgodnie z tym rozumieniem, każdy człowiek jest więc wyłącznym ekspertem w dziedzinie oceny jakości własnego życia (13). Dobrze samopoczucie wiąże się z odczuwaniem satysfakcji z życia, pozytywnych emocji, przy jednoczesnym braku emocji negatywnych (13). Z badań wynika, że dobrostan psychiczny i fizyczny człowieka jest powiązany z realizowaniem określonych celów i wartości (14), a niezadowolenie z życia idzie w parze z występowaniem objawów psychopatologicznych, piciem alkoholu, paleniem tytoniu i używaniem innych substancji psychoaktywnych (15).

Picie alkoholu bywa też sposobem regulowania stanu emocjonalnego, zwłaszcza wobec deficytu skutecznych i adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem – stwarza złudzenie wysokiej jakości życia (16). Alkohol może być używany do tłumienia negatywnych przeżyć – pijący kieruje swoją uwagę na przyjemny kontekst picia. Czynnikiem sprzyjającymi są zinternalizowane wzorce picia oraz predyspozycje biologiczne (specyficzna reakcja na alkohol, większa tolerancja alkoholu). Im więcej powyższych czynników występuje jednocześnie, tym większe prawdopodobieństwo, że używanie alkoholu nabierze pozytywnego znaczenia (16). Dotychczasowe wyniki badań nad poczuciem sensu życia (17) pozwalają założyć, że DDA mają mniejsze poczucie sensu życia niż osoby pochodzące z rodzin bez problemu alkoholowego. Ponadto, im mniejsze poczucie sensu życia,

tym większe nasilenie objawów psychopatologicznych (lęk, depresja, natręctwa, somatyzacje). U DDA poddających się terapii zauważono, że ich poczucie sensu życia jest istotnie wyższe niż przed terapią. Zaobserwowano u nich także zmniejszenie nasilenia objawów psychopatologicznych (17). Również w badaniach Chodkiewicza i Wilskiej (18) wykazano, że Dorosłe Dzieci Alkoholików są mniej zadowolone ze swojego życia, w tym z relacji z własnymi dziećmi, z przyjaciółmi i z relacji małżeńskich. Są także mniej zadowolone z własnej aktywności, funkcjonowania seksualnego oraz z siebie samych. Okazało się, że jedynym predyktorem zadowolenia z życia u DDA było wsparcie emocjonalne. Podobnej zależności nie zaobserwowano w grupie kontrolnej, gdzie predyktory jakości życia były bardziej zróżnicowane. Co ciekawe, w omawianych badaniach nie zanotowano istotnych związków między odczuwanymi objawami somatycznymi i depresyjnymi a zadowoleniem z życia (18).

W nawiązaniu do powyższych założeń teoretycznych, w niniejszej pracy postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Dorosłe Dzieci Alkoholików mają mniejszą satysfakcję z życia w porównaniu z osobami pochodzącymi z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu.
2. Dorosłe Dzieci Alkoholików mają bardziej nasilone objawy depresyjne w porównaniu z osobami pochodzącymi z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu.
3. Dorosłe Dzieci Alkoholików otrzymują wyższe wyniki w skali badającej ilość i częstość picia alkoholu w porównaniu z osobami pochodzącymi z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu.

Celem badania było także sprawdzenie, czy zależności odnoszące się do satysfakcji z życia i do objawów depresyjnych są modyfikowane przez częstość używania alkoholu w grupie Dorosłych Dzieci Alkoholików w porównaniu z grupą kontrolną.

OSOBY BADANE I METODY POMIARU

Badanie prezentowane w niniejszej pracy było częścią projektu badawczego zatytułowanego: „Genetyczne i środowiskowe uwarunkowania tendencji do podejmowania zachowań ryzykownych w korelacji z temperamentem u osób aktualizujących się. Studia rodzinne”. Przeprowadzone zostało w 2008 roku na terenie Łodzi, Pabianic, Warszawy, Legionowa i Nowego Dworu Mazowieckiego. Uczestniczyły w nim całe rodziny – matka, ojciec oraz jedno ich dorosłe dziecko w wieku od 18 do 25 lat. Na potrzeby badania 30 rodzin zostało dobranych celowo – jako te, w których przynajmniej jedno z rodziców było uzależnione od alkoholu. Kryterium doboru było uczestnictwo przynajmniej jednego z rodziców w mityngach AA – jako osoby uzależnionej od alkoholu (20 rodzin) lub uczestnictwo dziecka w spotkaniach grup samopomocowych DDA – jako osoby pochodzącej z rodziny, w której rodzic jest uzależniony od alkoholu (10 rodzin). Po odrzuceniu kwestio-

nariuszy z niekompletnymi danymi, ostatecznie analizie poddano dane pochodzące od 29 Dorosłych Dzieci Alkoholików. Grupa kontrolna rodzin bez problemu alkoholowego (31 rodzin) została wybrana z całej bazy danych (180 rodzin) w oparciu o wyniki testu AUDIT – oboje rodzice mają najniższy wskaźnik picia alkoholu ($AUDIT < 4$). Ostatecznie analizowano dane dotyczące dorosłych dzieci pochodzących z rodzin, w których co najmniej jedno z rodziców jest uzależnione od alkoholu (Dorośle Dzieci Alkoholików) oraz dorosłych dzieci pochodzących z rodzin, w których rodzice są abstynentami lub piją mało i sporadycznie. Wszystkie osoby badane mieszkały z rodzicami i nie założyły jeszcze własnych rodzin (stan cywilny – wolny). Szczegółowe dane dotyczące badanej grupy, zebrane na podstawie metryczki wypełnianej przez uczestników badania, zamieszczono w tabeli 1.

W kompletnym projekcie badawczym zastosowano baterię kwestionariuszy samoopisowych, spośród których w niniejszym opracowaniu wzięto pod uwagę trzy narzędzia badawcze.

Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholiku AUDIT (19) jest narzędziem używanym w podstawowej opiece zdrowotnej jako metoda przesiewowa do badania osób uzależnionych od alkoholu i pijących ryzykownie. W niniejszym opracowaniu zasadniczym celem użycia tej miary było odróżnienie grupy abstynentów i osób pijących sporadycznie ($AUDIT \leq 4$) od tych, którzy piją częściej i więcej lub piją ryzykownie ($AUDIT > 4$). Dlatego wzięto pod uwagę wynik testu w trzech pierwszych pytaniach, dotyczących picia ryzykownego. Ten typ picia definiowany jest jako „utrwalony model picia alkoholu rodzący wysokie ryzyko zaistnienia poważnych szkód dla zdrowia psychicznego i fizycznego w przyszłości, nie przynoszący natomiast wyraźnych skutków w postaci zmian stanu somatycznego i psychicznego w chwili obecnej” (19: 23). Wartość psychometryczna testu AUDIT jest zadowalająca. W różnych badaniach oszacowywano rzetelność narzędzia, która wynosiła co najmniej 0,8. O trafności narzędzia świadczą między innymi badania alkoholików i abstynentów – w grupie alkoholików 99% uzyskało w teście AUDIT wynik co najmniej 10 punktów, abstynenci natomiast uzyskiwali wyniki niskie (tylko 2% uzyskało 8 i więcej punktów) (19).

Skala Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS) (20), w adaptacji Juczyńskiego (21), jest narzędziem służącym do subiektywnej oceny zadowolenia z życia. Składa się z pięciu stwierdzeń, do których badani mieli się ustosunkować, używając 7-punktowej skali od 1 – zupełnie nie zgadzam się do 7 – całkowicie zgadzam się. Im wyższy wynik ogólny, tym lepsze subiektywnie oceniane zadowolenie z życia. Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS (dla wersji oryginalnej) wynosi 0,87. Potwierdzono także trafność teoretyczną skali (20).

Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) (22), w adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka (23), zawiera twierdzenia odnoszące się do objawów depresji, takich jak obniżenie nastroju (smutek), pesymizm, poczucie niewydolności, utrata satysfakcji, poczucie winy, oczekiwanie kary, brak akceptacji siebie, samooskarżanie, pragnienie śmierci, wołanie o pomoc, drażliwość, wycofanie z kontaktów społecznych, brak decyzji, zniekształcony obraz własnego ciała,

Tabela 1.

Charakterystyka osób badanych: statystyki opisowe

Socio-demographic characteristics of participants: Descriptive statistics

Zmienne <i>Variables</i>	DDA (N = 29) Liczebność (%) ACA (N = 29) <i>n (%)</i>	Grupa kontrolna (N=31) Liczebność (%) Control group (N=31) <i>n (%)</i>
Płeć Gender		
Kobiety <i>Female</i>	19 (65,5%)	17 (54,8%)
Mężczyźni <i>Male</i>	10 (34,5%)	14 (45,2%)
Wiek Age		
M	21,07	20,58
SD	2,53	2,29
Min-max	18–25	18–25
Wykształcenie Educational status		
Podstawowe <i>Primary</i>	7 (24,1%)	7 (22,6%)
Średnie <i>Secondary</i>	17 (58,6%)	12 (38,7%)
Średnie zawodowe <i>Secondary vocational</i>	1 (3,4%)	3 (9,7%)
Wyższe <i>University</i>	4 (13,8%)	7 (22,6%)
Brak danych <i>Missing</i>	0 (0%)	2 (6,5%)
Miejsce zamieszkania Residence		
Wieś <i>Village</i>	7 (24,1%)	3 (9,7%)
Miasteczko/gmina <i>Small town</i>	1 (3,4%)	1 (3,2%)
Miasto/powiat/miasto wojewódzkie <i>City</i>	21 (72,4%)	25 (80,6%)
Brak danych <i>Missing</i>	0 (0%)	2 (6,5%)
Status zawodowy Employment status		
Pracuje <i>Employed</i>	8 (27,6%)	7 (22,6%)
Staż/praktyki zawodowe <i>Training period</i>	2 (6,9%)	1 (3,2%)
Nie pracuję/w trakcie nauki <i>Unemployed/student</i>	18 (62,1%)	21 (67,7%)
Brak danych <i>Missing</i>	1 (3,4%)	2 (6,5%)
Warunki materialne Financial status		
Bardzo dobre <i>Very good</i>	3 (10,3%)	3 (9,7%)
Dobre <i>Good</i>	15 (51,7%)	10 (32,3%)
Średnie <i>Average</i>	10 (34,5%)	15 (48,4%)
Złe <i>Bad</i>	1 (3,4%)	1 (3,2%)
Brak danych <i>Missing</i>	0 (0%)	2 (6,5%)
Otrzymywanie wsparcia w grupie terapeutycznej Supported by therapeutic group		
Tak <i>Yes</i>	10 (34,5%)	nie dotyczy <i>not applicable</i>
Nie <i>No</i>	19 (65,5%)	

trudności w pracy, zaburzenia snu, zmęczenie, utrata łaknienia, utrata wagi ciała, dolegliwości somatyczne, niski poziom energii. BDI jest uznawany za narzędzie rzetelne i trafne. O wartości psychometrycznej inwentarza świadczy wysoka zgod-

ność ocen stwierdzona w badaniach chorych w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Trafność teoretyczną narzędzia potwierdza wysoka zgodność z wynikami otrzymanymi w badaniu Skalą Oceny Depresji Hamiltona (23).

WYNIKI

Wszystkie analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS Statistics 17.0. W celu weryfikacji hipotez badawczych przeprowadzono testy t-Studenta. Sprawdzano, czy istnieją różnice między średnimi ocenami satysfakcji z życia, objawów depresyjnych i picia alkoholu w grupie Dorosłych Dzieci Alkoholików w porównaniu z grupą kontrolną. Rezultaty analiz zawarto w tabeli 2.

Jedynym wynikiem zbliżonym do istotnego statystycznie ($t = 1,882$, $p = 0,065$) jest różnica w ilości i częstości picia alkoholu. DDA charakteryzują się nieco wyższym średnim wynikiem tej zmiennej ($M = 4,13$) w porównaniu z nie-DDA ($M = 2,90$). Mimo że średnie nasilenie objawów depresyjnych wyższe jest w grupie DDA ($M = 12,79$) niż w grupie kontrolnej ($M = 9,26$), a średni poziom satysfakcji z życia jest u DDA niższy ($M = 18,62$) niż w grupie kontrolnej ($M = 20,63$), to różnice te nie są istotne statystycznie ($p > 0,10$).

W dalszej kolejności przeprowadzono weryfikację istniejących zależności pomiędzy zmiennymi – osobno w grupie DDA i grupie kontrolnej. Ich zasadniczym celem było sprawdzenie, czy picie alkoholu jest związane z satysfakcją z życia i objawami depresyjnymi. Wyniki analiz zawarto w tabeli 3.

Okazało się, że w obu grupach najbardziej skorelowane ze sobą są zmienne: picie alkoholu i satysfakcja z życia, jednak kierunek tej zależności inny jest w grupie DDA ($r = 0,398$) niż w grupie kontrolnej ($r = -0,409$). Oznacza to, że u Dorosłych Dzieci Alkoholików zwiększenie ilości i częstości picia alkoholu idzie

Tabela 2.

Badanie różnic między średnimi w grupach DDA i kontrolnej w odniesieniu do zmiennych: depresji, satysfakcji z życia i picia alkoholu (testy t-Studenta)

Means in ACA and control group with reference to depression, life satisfaction and alcohol consumption (t-Student's tests)

Zmienne <i>Variables</i>	DDA <i>ACA</i>		Grupa kontrolna <i>Control group</i>		Różnice średnich <i>Mean differences</i>	t	df	p
	M	SD	M	SD				
Depresja <i>Depression</i>	12,79	7,94	9,26	8,24	3,52	1,653	56	0,104
Satysfakcja z życia <i>Life satisfaction</i>	18,62	4,89	20,63	5,38	-2,01	-1,502	57	0,139
Picie alkoholu <i>Alcohol consumption</i>	4,13	2,63	2,90	2,45	1,23	1,882	58	0,065

Tabela 3.

Związki między depresją, satysfakcją z życia oraz piciem alkoholu w grupach DDA i kontrolnej: korelacje r-Pearsona

Depression, life satisfaction, alcohol consumption in ACA group and control group: r-Pearson correlations

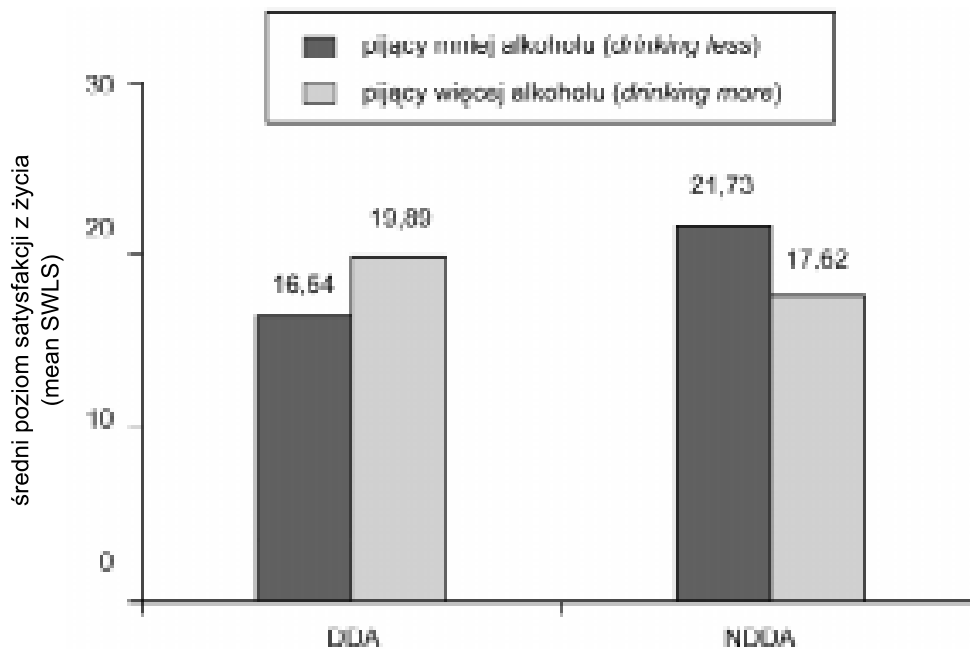
Zmienne <i>Variables</i>	DDA ACA			Grupa kontrolna <i>Control group</i>		
	depresja <i>depression</i>	satysfakcja z życia <i>life satisfaction</i>	picie alkoholu <i>alcohol consumption</i>	depresja <i>depression</i>	satysfakcja z życia <i>life satisfaction</i>	picie alkoholu <i>alcohol consumption</i>
Depresja <i>Depression</i>	---	-0,204	0,203	---	-0,203	-0,252
Satysfakcja z życia <i>Life satisfaction</i>	-0,204	---	0,398*	-0,203	---	-0,409*
Picie alkoholu <i>Alcohol consumption</i>	0,203	0,398*	---	-0,252	-0,409*	---

* $p < 0,05$

w parze z poprawą satysfakcji z życia, natomiast w grupie kontrolnej jest odwrotnie – zwiększenie parametrów picia alkoholu towarzyszy zmniejszeniu satysfakcji z życia. Pozostałe korelacje nie osiągnęły istotności statystycznej na poziomie przynajmniej 0,05, co mogło być spowodowane małą liczebnością badanej grupy. Należy też zwrócić uwagę na odwrotny kierunek zależności w obu grupach w odniesieniu do zmiennych: picie alkoholu i depresja. U DDA korelacja między tymi zmiennymi jest dodatnia, a w grupie kontrolnej przyjęła wartość ujemną (choć jest nieistotna statystycznie). W dalszych analizach postanowiono dokładniej zweryfikować te wyniki poprzez wprowadzenie efektów interakcyjnych w dwuczynnikowej analizie wariancji (UNIANOVA). Aby wprowadzić do modelu UNIANOVA zmienną „picie alkoholu”, należało przekształcić wartości otrzymane w wyniku pomiaru testem AUDIT ze skali ciągłej na kategoryjną. W oparciu o medianę ($Me = 3,5$) podzielono grupę osób badanych na pijących mniej ($Me \leq 3,5$) i pijących więcej ($Me > 3,5$).

W pierwszej kolejności wykonano dwuczynnikową analizę wariancji ze zmiennymi: pochodzenie rodzinne i częstość używania alkoholu (czynniki) a satysfakcja z życia (zmienna zależna). Testy efektów międzyobiektowych zawarto w tabeli 4.

Odnotowano efekt interakcji pomiędzy pochodzeniem rodzinnym (DDA lub nie-DDA) a częstością picia ($F(1,59) = 7,21$; $p = 0,01$), wpływający na średnie wartości pomiaru satysfakcji z życia. Zależność tę, wraz ze średnimi wynikami pomiaru satysfakcji z życia w badanych podgrupach, zilustrowano na rys. 1. Dorosłe Dzieci Alkoholików odczuwają mniejszą satysfakcję z życia niż osoby z grupy kontrolnej, różnica ta jest jednak istotna statystycznie wyłącznie dla grupy osób badanych pijących mniej alkoholu ($F(1,55) = 8,11$; $p < 0,01$). Na podstawie otrzymanych wyników można także wnioskować, że osoby pijące mniej



DDA – *Adult Children of Alcoholics (ACA)*

NDDA – *nonACA (persons from families without alcohol problems)*

Rys. 1.

Satysfakcja z życia (średnie wartości) a pochodzenie rodzinne i skłonność do picia alkoholu
Life satisfaction (SWLS mean values) by family of origin and alcohol consumption

alkoholu mają większą satysfakcję z życia niż osoby pijące więcej, jednak zależność ta jest istotna statystycznie wyłącznie w grupie osób pochodzących z rodzin, w których żadne z rodziców nie było uzależnione od alkoholu ($F(1,55) = 4,10$; $p < 0,05$). Ponadto, osoby posiadające niższy wynik w teście AUDIT deklarują mniejszą satysfakcję z życia niż osoby pijące więcej, jednak zależność ta zachodzi wyłącznie w grupie Dorosłych Dzieci Alkoholików i jest istotna tylko na poziomie tendencji, jeśli przyjmiemy jako graniczny poziom istotności – wartość 0,05 ($F(1,55) = 3,14$; $p = 0,08$).

Tabela 4.

Pochodzenie rodzinne (DDA/nie-DDA) w relacji do picia alkoholu i satysfakcji z życia: wyniki jednozmiennej analizy wariancji z dwoma czynnikami (UNIANOVA)

Family history (ACA/nonACA) in relation to alcohol consumption and life satisfaction: results of univariate analysis of variance with two factors (UNIANOVA)

Zmienne <i>Variables</i>	Suma kwadratów <i>Sum of squares</i>	df	F-Snedecora	p
Stała <i>Constans</i>	18123,267	1	746,795	0,000
Picie alkoholu <i>Alcohol consumption</i>	1,817	1	0,075	0,785
Pochodzenie rodzinne <i>Family history</i>	26,866	1	1,107	0,297
Picie alkoholu x pochodzenie rodzinne <i>Alcohol consumption x family history</i>	174,930	1	7,208	0,010

Tabela 5.

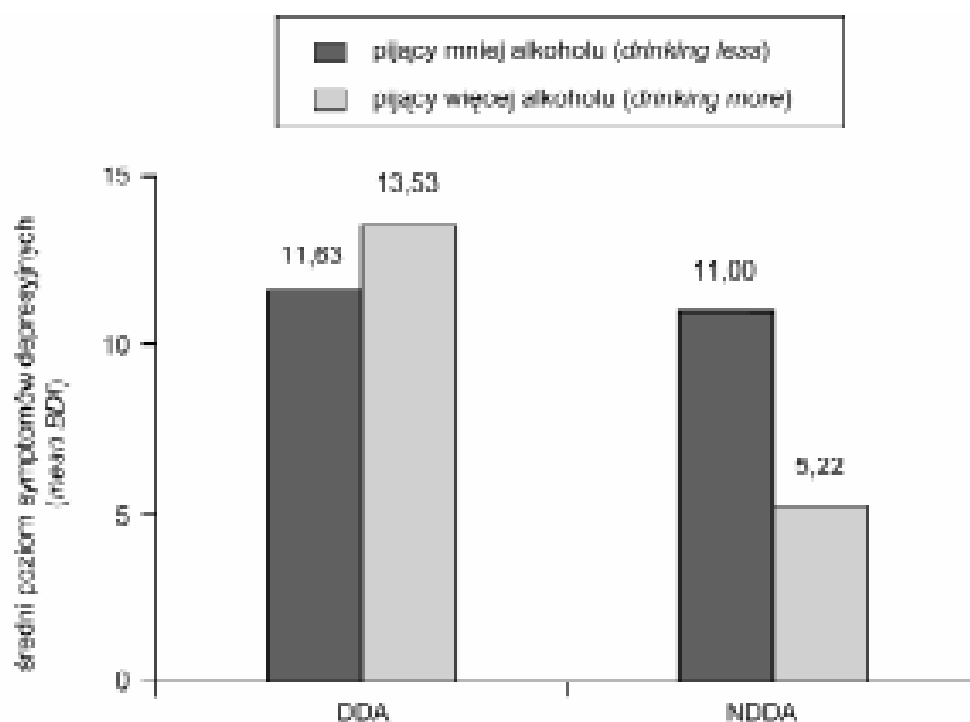
Pochodzenie rodzinne (DDA/nie-DDA) w relacji do picia alkoholu i symptomów depresyjnych: wyniki jednozmiennowej analizy wariancji z dwoma czynnikami (UNIANOVA)

Family history (ACA/nonACA) in relation to alcohol consumption and depression symptoms: results of univariate analysis of variance with two factors (UNIANOVA)

Zmienne <i>Variables</i>	Suma kwadratów <i>Sum of squares</i>	df	F-Snedecora	p
Stała <i>Constans</i>	5553,235	1	87,164	0,000
Picie alkoholu <i>Alcohol consumption</i>	48,924	1	0,768	0,385
Pochodzenie rodzinne <i>Family history</i>	259,309	1	4,070	0,049
Picie alkoholu x pochodzenie rodzinne <i>Alcohol consumption x family history</i>	190,757	1	2,994	0,089

W odniesieniu do objawów depresyjnych wykonano kolejną dwuczynnikową analizę wariancji: pochodzenie rodzinne i skłonność do picia alkoholu (czynniki) a nasilenie depresji (zmienna zależna). Wyniki zaprezentowane są w tabeli 5.

Po pierwsze, zanotowano efekt interakcji pomiędzy pochodzeniem rodzinnym a skłonnością do picia: $F(1,58) = 2,99$; $p = 0,089$ (istotność na poziomie tendencji). Wynik ten zobrazowano na rys. 2. Dorosłe Dzieci Alkoholików mają większe nasilenie objawów depresyjnych niż nie-DDA. Różnica ta jest szczególnie wyraźna



DDA – *Adult Children of Alcoholics (ACA)*

NDDA – *nonACA (persons from families without alcohol problems)*

Rys. 2.

Objawy depresji (średnie wartości) a pochodzenie rodzinne i skłonność do picia alkoholu
Symptoms of depression (BDI mean values) by family of origin and alcohol consumption

w grupie osób pijących więcej alkoholu ($F(1,54) = 6,37; p < 0,05$). W grupie kontrolnej istotnie większe nasilenie depresji zanotowano wśród pijących mniej w porównaniu z tymi, którzy częściej i więcej używają alkoholu ($F(1,54) = 3,30; p = 0,075$).

Po drugie, zanotowano efekt główny depresji ($F(1,58) = 4,07; p < 0,05$): DDA wykazują większe nasilenie depresji ($M = 12,78$) niż nie-DDA ($M = 9,27$). Nie zaobserwowano natomiast istotnych wyników w odniesieniu do efektu głównego zmiennej „picie alkoholu” ($F(1,58) = 0,77, n.i.$)

DYSKUSJA

Na podstawie otrzymanych wyników można wnioskować, że Dorosłe Dzieci Alkoholików nie różnią się istotnie od grupy kontrolnej – ani pod względem średniej wartości satysfakcji z życia ani nasilenia objawów depresyjnych. Nie można więc przyjąć wprost żadnej z dwóch pierwszych hipotez postawionych w tym badaniu. Wynik dotyczący hipotezy trzeciej – Dorosłe Dzieci Alkoholików uzyskują wyższe wyniki w skali badającej ilość i częstość picia alkoholu w porównaniu z osobami pochodzącymi z rodzin, w których rodzice nie byli uzależnieni od alkoholu – osiągnął istotność $p = 0,065$ i dlatego, przy przyjętym poziomie istotności $p = 0,05$, nie można z całą pewnością uznać tej hipotezy za potwierdzoną. Można jednak przypuszczać (także w odniesieniu do przytoczonych we wstępie badań empirycznych), że zależność taka jest wysoce prawdopodobna. Jednocześnie okazało się, że picie alkoholu jest zmienną różnicującą zarówno poziom satysfakcji z życia, jak i nasilenie objawów depresyjnych w badanych grupach. Stwierdzono, iż rzeczywiście istnieje różnica pomiędzy średnimi zadowolenia z życia w grupie DDA i w grupie kontrolnej; jest ona jednak istotna statystycznie wyłącznie dla tych, którzy piją mniej alkoholu. Innymi słowy, niepijące lub pijące mało i rzadko Dorosłe Dzieci Alkoholików odczuwają mniejszą satysfakcję z życia niż osoby z grupy kontrolnej o podobnej, małej skłonności do picia alkoholu. Zauważono także istotne różnice między średnimi satysfakcji z życia wewnątrz każdej z badanych grup. Osoby z grupy kontrolnej są bardziej zadowolone z własnego życia wtedy, gdy nie piją alkoholu lub piją go rzadko i mało, natomiast odwrotnie jest u DDA – większą satysfakcją z życia cieszą się te osoby, które piją stosunkowo więcej i częściej. Pytanie – czy DDA potrafią się cieszyć życiem wyłącznie wtedy, gdy piją więcej alkoholu? Niniejsze badanie miało charakter korelacyjny, nie można więc na jego podstawie wysuwać wniosków mówiących o zależnościach przyczynowo-skutkowych, trzeba jednak zwrócić uwagę na kilka istotnych aspektów, także w odniesieniu do wcześniejszych doniesień empirycznych, dostępnych w piśmiennictwie.

Różnica w średnich wynikach testu AUDIT pomiędzy grupami znajduje swoje potwierdzenie w innych badaniach, w których wykazano, że DDA mają większą skłonność do nadużywania alkoholu niż osoby wychowywane przez rodziców nieuzależnionych od alkoholu (6, 24, 25, 26). Jak podają Braitman i wsp. (27)

większe ryzyko nadużywania alkoholu u DDA może wynikać z wielu powodów, w tym z modelowania przez rodziców odruchu sięgania po alkohol w momencie przeżywania negatywnego afektu lub sytuacji trudnych. Alkohol pozornie uwalnia od trosk, daje poczucie mocy i zadowolenia z siebie, pomaga mierzyć się z tym, co na trzeźwo wydaje się zbyt trudne – może więc być źródłem złudzenia co do dobrej jakości życia (16). Z perspektywy doświadczeń i spostrzeżeń terapeutycznych (28) mniejsza satysfakcja z życia niepijących Dorosłych Dzieci Alkoholików może być też ceną, jaką płacą za realistyczny ogląd własnej rzeczywistości rodzinnej. Konfrontacja z prawdą, choć bolesna, jest jednak szansą dla budowy prawdziwego zadowolenia z życia, wynikającego z podejmowania świadomych wyborów. DDA, które zarzucają kontynuację alkoholowej tradycji rodzinnej, rezygnują z picia oraz obronnego zaprzeczania, bywają we wczesnej młodości narażone na trudny czas powtórnego spotkania z przeżywanym w dzieciństwie bólem i żalem (28).

O słuszności powyższych wniosków, dotyczących iluzji dobrego życia, może świadczyć większe nasilenie objawów depresji u DDA w porównaniu z pijącymi alkohol osobami z grupy kontrolnej. Choć wynik ten zdaje się pozostawać w sprzeczności z większą satysfakcją z życia pijących DDA, to możliwe, że sprzeczność ta ma charakter pozorny. Wspomniane wyżej złudzenie satysfakcjonującego życia wiąże się prawdopodobnie z mechanizmem regulowania uczuć za pomocą alkoholu (16). Liczne problemy, które przeżywają DDA wkraczając w dorosłość, mogą prowokować ucieczkę w alkohol (24). Trudności z usamodzielnieniem się, założeniem rodziny, utrzymywaniem bliskich więzi, nieufność i związana z nią samotność mogą skutkować częstszym i silniejszym przeżywaniem afektu negatywnego lub symptomów depresyjnych. Gniew skierowany przeciwko sobie może dodatkowo owocować objawami depresji (samonapiętnowanie) (6). Niewykluczone więc, że pijące więcej alkoholu DDA przeżywają jednocześnie te dwie, pozornie sprzeczne, postawy względem życia. Alkohol może działać tu jako środek wspomagający uruchomienie i trwanie „emocjonalnej huśtawki”. Niestety mechanizm ten bywa też początkiem alkoholizmu u DDA. Według Brown (28) DDA przeżywają w wieku dwudziestu kilku lat depresję charakterystyczną dla kryzysu wieku średniego. Osobom tym niezwykle trudno pogodzić się z faktem, że nie zdołały uzdrowić rodziny – nie potrafiły ostatecznie poddać kontroli zachowań alkoholika (przede wszystkim picia). Oskarżają się o niepowodzenie i do tkliwie przeżywają to jako porażkę. Nie mogąc uzdrowić rodziny i jednocześnie pragnąc zachować rodzinną więź – same zaczynają pić. Objawy depresyjne mogą być dodatkowo wzmacniane przez depresjogeny wpływ alkoholu na biochemiczne funkcjonowanie mózgu (29).

Rozważając otrzymaną w niniejszym badaniu zaskakującą dodatnią zależność między satysfakcją z życia a objawami depresyjnymi u pijących alkohol DDA, należy wspomnieć także o wynikach badań Chodkiewicza i Wilskiej (18). Zauważyli oni brak zależności między odczuwanymi objawami somatycznymi i depresyjnymi a zadowoleniem z życia u Dorosłych Dzieci Alkoholików, przy

jednoczesnym istotnie wyższym nasileniu depresji i gorszej jakości życia, w porównaniu z wynikami osób z grupy kontrolnej. Wynik ten został przez autorów wyjaśniony jako zdolność DDA do sprawnego funkcjonowania mimo odczuwanego dyskomfortu. Badania te jednak nie uwzględniały częstości picia i ilości wypijanego alkoholu.

Podsumowując prezentowane tu badanie, chcemy także wskazać na jego ograniczenia. Pierwszym i najważniejszym z nich jest nieliczna grupa osób badanych. Te zjawiska, które okazały się nieistotne lub istotne na poziomie tendencji warto sprawdzić, badając większą populację. Z drugiej jednak strony – te zależności, które okazały się istotne w tak niewielkich grupach, zyskały na znaczeniu dzięki sile zaobserwowanych związków. Kolejnym ograniczeniem może być niespójna struktura grupy DDA – znalazły się w niej zarówno osoby, które już podjęły terapię, jak i takie, które nie otrzymują podobnego wsparcia. Ze względu na nieliczną grupę badaną zrezygnowano także z podziału na płeć, podczas gdy istnieją dowody na to, że kobiety różnią się od mężczyzn zarówno w odniesieniu do ilości i częstotliwości picia alkoholu, przyczyn i konsekwencji jego zażywania, jak i rozwoju uzależnienia od alkoholu (30, 31, 32). Ponadto, niezależnie od zastosowanych metod badawczych i od kraju, w którym prowadzi się badania, w wynikach powtarza się ta sama prawidłowość: nasilenie objawów depresyjnych jest około dwukrotnie większe u kobiet w porównaniu z mężczyznami (33). Ważnym w tym kontekście zagadnieniem jest też większa łatwość, z jaką kobiety przyznają się do problemów emocjonalnych i zgłaszają się po pomoc.

W kolejnych badaniach warto byłoby uwzględnić powyższe zastrzeżenia, a także spróbować poszukać odpowiedzi na pojawiające się dalsze pytania: w jakiej zależności będą pozostawać poszczególne zmienne (satysfakcja z życia, objawy depresyjne, picie alkoholu) u DDA w późniejszej dorosłości? Jakie są, zgodnie z zasadą ekwifinalności, możliwe konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym u starszych dorosłych – korzystających bądź niekorzystających z różnych form pomocy? Jaka jest rola wsparcia społecznego w ocenie jakości życia i objawów depresyjnych oraz w nasileniu picia alkoholu wśród osób samotnych, w porównaniu z osobami pozostającymi w bliskich związkach? Ponieważ w tym badaniu wykorzystano jedynie subiektywną miarę samoopisową objawów depresyjnych, interesującym byłoby także sprawdzenie, jaka jest obiektywna ocena zaburzeń depresyjnych u DDA w relacji do nasilenia picia alkoholu i satysfakcji z życia?

PIŚMIENNICTWO

1. John-Borys M (1995) Kryzys rodzinny jako doświadczenie życiowe. W: Heszen-Niejodek I (red.) *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 12–24.
2. Ackerman RJ (2002) *Perfect daughters: adult daughters of alcoholics*. Florida: Health Communications.

3. Seefeldt RW, Lyon MA (1992) Personality Characteristics of Adult Children of Alcoholics. *Journal of Counseling & Development*, 70, 588–593.
4. Cierpiałkowska L (2007) Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 1, 7–18.
5. Ślaski S (2005) Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz ich rodzice – aktualny stan badań. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 37–54.
6. Cermak TL, Rutzky J (1998) *Czas uzdrowić swoje życie*. Przewodnik do pracy nad sobą. Kroki w stronę zdrowienia Dorosłych Dzieci Alkoholików. Warszawa: PARPA.
7. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB (1995) Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1322–1328.
8. Windle M, Searles JS (1990) *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York and London: Guilford Press.
9. Jarmas AL, Kazak AE (1992) Young adult children of alcoholic fathers: Depressive experiences, coping styles, and family systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 244–251.
10. Ślaski S (2006) Czynniki ryzyka i zasoby w procesie rozwoju dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin z problemami alkoholowymi. *Psychologia Rozwojowa*, 4, 53–61.
11. Velleman R, Orford J (1999) *Risk and resilience: Adults who were the children of problem drinkers*. Amsterdam: Harwood Academic Press.
12. Sher K (1991) *Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
13. Zalewska A (2003) Dwa światy. *Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
14. Skarżyńska K (2003) Cele życiowe, zaufanie interpersonalne i zadowolenie z życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 35–49.
15. Chodkiewicz J (2007) Zadowolenie z życia a ukończenie terapii odwykowej – badanie osób uzależnionych od alkoholu. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 1–16.
16. Poprawa R (1998) Zarys psychologicznej koncepcji używania alkoholu jako sposobu radzenia sobie ze stresem. *Przegląd Psychologiczny*, 3/4, 61–69.
17. Buzun E (2001) *Dorosłe Dzieci Alkoholików. Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6, 14–16.
18. Chodkiewicz J, Wilska A (2008) Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 135–152.
19. Babor TF, Ramon de la Fuente J, Saunders J, Grant M (2002) *Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT*. Warszawa: PARPA.
20. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
21. Juczyński Z (2001) *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 6, 561–571.
23. Parnowski T, Jernajczyk W (1977) Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 4, 417–421.
24. Ross LT, Hill EM (2001) Drinking and parental unpredictability among adult children of alcoholics: A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 36, 609–638.
25. King KM, Chassin L (2007) A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 256–265.
26. Warner LA, White HR, Johnson V (2007) Alcohol initiation experiences and family history of alcoholism as predictors of problem-drinking trajectories. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 56–65.

27. Braitman AL, Kelley ML, Ladage J, Schroeder V, Gumienny LA, Morrow JA, Klostermann K (2009) Alcohol and drug use among college student adult children of alcoholics. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 53, 69–88.
28. Brown S (1995) *Bezpieczne Przejście: Powrót do Zdrowia Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
29. Plichtowski M (2001) Depresje a alkohol. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6, 26–28.
30. Ślósarska M (2000) Czy kobiety są bardziej podatne na działanie alkoholu? *Alkohol i Nauka*, 6, 19–28.
31. Kwo PY, Ramchandani VA, O'Connor S, Amann D, Carr LG, Sandraseqaran K, Kopecky KK, Li TK (1998) Gender differences in alcohol metabolism: Relationship to liver volume and effect of adjusting for body mass. *Gastroenterology*, 115, 1552–1557.
32. Habrat B, Steinbarth-Chmielewska K, Baran-Furga H (2002) Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.) *Psychiatria Kliniczna*, t. 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, 169–186.
33. Hammen C (2004) *Depresja*. Gdańsk: GWP.

Adres do korespondencji

Anna Siwy-Hudowska

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa

tel. 600 931 003

e-mail: anna.siwy@swps.edu.pl

otrzymano: 9.12.09

przyjęto do druku: 7.06.10