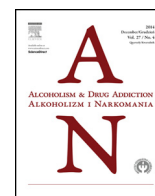


Dostępne online www.sciencedirect.com**ScienceDirect**journal homepage: www.elsevier.com/locate/alkona

Artykuł oryginalny/Original article

Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu

Positive and negative adjustment of children and adolescents of alcohol dependent parents

Iwona Grzegorzewska^{1,*}, Lidia Cierpiałkowska²¹ Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii Rozwoju, Uniwersytet Zielonogórski, Polska² Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 27.11.2014

Zaakceptowano: 19.11.2015

Dostępne online: 02.12.2015

Keywords:

Mental health

Families with alcohol related problems

Externalising and internalising disorders

Risk of negative outcomes in children

ABSTRACT

Introduction: Children of parents with alcohol related problems have been a focus of study for clinical psychologists for many years. This is due, on the one hand, to the unfortunately high incidence of alcoholism in modern society, and on the other, to the notably specific functioning of those families that suffer from alcohol problems. Today, we know that the offspring of alcohol dependent parents are typically characterised by an increased susceptibility to a variety of problems. However, it must be stressed that some children from family with alcoholism do develop properly, going on to lead a satisfactory life free from mental disorders or issues. The aim of the presentation was to assess the vulnerable children of parents with alcoholism and analyse the odds ratio (OR) for developing positive adaptation.

Material and methods: The total number of participants was 540 respondents, aged 9–20 in two comparison groups.

Results: Children of alcoholics are a heterogenic population that, despite increased susceptibility to disorders observed in children, coped well with the requirements of life and showed a low level of symptoms of externalisation and internalisation.

Conclusions: Appropriate intervention for children from alcoholic families can reduce the risk of mental disorders and negative outcomes.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski, ul. Energetyków 2, 65-729 Zielona Góra, Polska.

Adres email: I.Grzegorzewska@wnps.uz.zgora.pl (I. Grzegorzewska).

Peer review under responsibility of Institute of Psychiatry and Neurology.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.alkona.2015.11.004>

0867-4361/© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

S T R E S Z C Z E N I E

Słowa kluczowe:

zdrowie psychiczne
rodziny z problemem alkoholowym
zaburzenia eksternalizacyjne
i internalizacyjne
ryzyko negatywnej adaptacji u dzieci

Wprowadzenie: Dzieci wychowywane w rodzinach z problemem alkoholowym stanowią jedną z liczniejszych populacji ryzyka zagrożenia psychopatologią ze względu na podatność biologiczną i nasilenie stresu życiowego. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, nie wszystkie dzieci uzależnionych rodziców ujawniają problemy ze zdrowiem psychicznym. Część z nich rozwija się prawidłowo, prowadząc w miarę satysfakcjonujące życie. Celem badań było oszacowanie, czy dzieci z rodzin, w których występuje problem z alkoholem, charakteryzują się zwiększoną podatnością na zaburzenia oraz jaką mają szansę na pozytywną adaptację w porównaniu z dziećmi z rodzin niealkoholowych?

Materiał i metoda: W badaniach wzięło udział 540 dzieci w dwóch grupach porównawczych: grupie klinicznej i kontrolnej. Adaptację mierzono na trzech poziomach: na poziomie objawów psychopatologicznych, realizacji zadań rozwojowych oraz poczucia satysfakcji życiowej.

Wyniki: Dzieci uzależnionych rodziców to populacja zróżnicowana, w której, mimo zwiększonej podatności na zaburzenia, obserwuje się osoby dobrze radzące sobie z wymaganiami życiowymi i wykazujące niski poziom symptomów o charakterze eksternalizacji i internalizacji.

Wnioski: Odpowiednio zróżnicowane programy profilaktyczne i terapeutyczne mogą mieć wpływ na redukcję ryzyka problemów ze zdrowiem i negatywnej adaptacji u dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu.

© 2015 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Elsevier Sp. z o.o. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Wprowadzenie

Znaczące rozpowszechnienie problemów związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu w Polsce koncentruje uwagę wielu specjalistów nie tylko na osobach pijących, ale również na członkach ich rodzin, zwłaszcza na dzieciach. Dane szacunkowe Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) [1] pokazują, że około 2 milionów dzieci i młodzieży, w większym lub mniejszym stopniu, jest narażonych na negatywne skutki alkoholizmu jednego lub obojga rodziców. W psychopatologii rozwojowej¹ formułuje się dwa założenia na temat wpływu stanu zdrowia rodziców – z których jedno lub oboje cierpią na przewlekłą

chorobę somatyczną lub psychiczną (w tym uzależnienie od alkoholu) – na zdrowie i/lub zaburzenia psychiczne potomstwa. Pierwsza teza głosi, że choroba rodziców wpływa w istotnym stopniu na ich wycofanie się lub nie podejmowanie istotnych zadań w ramach ról rodzicielskich, co stanowi znaczące ryzyko wystąpienia problemów natury psychicznej u dzieci. Druga, że potomstwo wychowywane w takich rodzinach, zmagając się z wieloma zdarzeniami stresowymi spowodowanymi m.in. chorobą rodziców, nabywa szczególnej odporności psychicznej, która staje się ważnym zasobem osobistym zwiększającym zdolności adaptacyjne.

W pierwszym stanowisku dotyczącym zwiększonego ryzyka wystąpienia u dzieci zaburzeń psychicznych, zarówno o charakterze internalizacji, jak i eksternalizacji, podkreśla się znaczenie specyficznych i niespecyficznych czynników ryzyka, leżących po stronie rodziców. Do specyficznych czynników ryzyka zalicza się podatność biologiczną potomstwa [2] i transmisję międzypokoleniową uzależnienia [3] oraz zdarzenia stresowe i traumatyczne doświadczane na skutek problemów alkoholowych rodzica (np. niestabilność zachowań, przemoc fizyczna i psychiczna). Natomiast do czynników niespecyficznych zalicza się

¹ Psychopatologia rozwojowa to dziedzina wiedzy odnosząca się do zagadnienia zaburzeń psychicznych i zachowania w relacji do głównych zmian, dokonujących się w cyklu życia jednostki. Jest traktowana jako makroparadygmat wobec dotychczasowych, mocno wyspecjalizowanych koncepcji zdrowia i patologii. Rozpatruje zdrowie psychiczne i zaburzenia w kategoriach wzajemnych powiązań lub ich braku na różnych etapach życia. Opisuje i wyjaśnia, jaka konfiguracja czynników ryzyka zasobów wpływa na powstanie zaburzenia, a jaka – na utrzymanie pozytywnej adaptacji czy prawidłowego rozwoju.

czynniki ryzyka związane z niską jakością funkcji rodzicielskich, spowodowaną niedojrzałością i brakiem gotowości do ich sprawowania przez rodziców [4, 5] oraz z ogólną dysfunkcjonalnością rodziny, będącą następstwem nasilenia negatywnych zdarzeń, takich jak bezrobocie, bieda, izolacja społeczna [6].

Konsekwencją kumulowania się różnych czynników ryzyka jest narastające prawdopodobieństwo wystąpienia problemów psychicznych u potomstwa osób uzależnionych, co znalazło potwierdzenie nie tylko w doniesieniach klinicznych, ale także w wielu badaniach empirycznych [7, 8]. Trudności ujawniają się, na różnych etapach życia dzieci i młodzieży i w wielu sferach ich funkcjonowania, w postaci eksternalizacji i internalizacji problemów. Eksternalizacja problemów wyraża się jako nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze czy też skłonności do zachowań ryzykownych [9]. Na internalizację wskazują zaburzenia lękowe, afektywne (depresja), niska samoocena i niskie poczucie własnej wartości, problemy w relacjach społecznych i intymnych [10]. Dzieci ojców z problemem alkoholowym są także bardziej podatne na uzależnienie od alkoholu i nadużywanie innych substancji psychoaktywnych w porównaniu z dziećmi rodziców niepijących alkoholu w sposób szkodliwy [11]. Początkowe próby wskazania na konkretne ścieżki rozwoju patologii w kontekście różnych czynników ryzyka nie znalazły potwierdzenia w badaniach.

W drugim bardziej współczesnym stanowisku, nawiązującym do modelu probabilistycznego, a nie deterministycznego, przyjmuje się, że o ostatecznych efektach rozwojowych potomstwa uzależnionych rodziców decyduje wzajemna dynamiczna interakcja między biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi czynnikami ryzyka a zasobami jednostki [12]. Badania coraz wyraźniej pokazywały, że związek między alkoholizmem rodzica a występowaniem zaburzeń u dziecka nie jest ani tak oczywisty, ani tak bezpośredni, jakby się wydawało. Rozważania teoretyczne i poszukiwania empiryczne, podejmowane z perspektywy psychopatologii rozwojowej, przesunęły zatem akcenty z czynników ryzyka i patologii na czynniki ochronne i odporność psychiczną dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu [12]. Zależności między czynnikami ryzyka i ochronnymi decydują o tym, czy i w jakim stopniu wychowywanie się w rodzinie z problemem alkoholowym przyczynia się do rozwoju zaburzeń psychicznych i zachowania, a czy i w jakim stopniu do

pozytywnej adaptacji. Wyniki badań nie potwierdzają dość uproszczonego, ale często rozpowszechnianego, zwłaszcza w literaturze popularnonaukowej, poglądu o nieuchronnej „psychopatologii” potomstwa osób uzależnionych od alkoholu [11, 12].

Na tle tych badań pojawiły się pytania o poziom zdrowia psychicznego i pozytywną adaptację dzieci i młodzieży z rodzin z problemami nadużywania i uzależnienia od alkoholu. Zdrowie psychiczne jest pojęciem definiowanym zarówno w węższym, jak i szerszym znaczeniu. W tym pierwszym ujmowane jest w kategoriach biomedycznych jako brak objawów wskazujących na wystąpienie zaburzeń psychicznych [13]. W modelach psychologicznych często przyjmuje się kompleksowy model zdrowia psychicznego, w którym jest ono traktowane wielowymiarowo jako konfiguracja różnego nasilenia symptomów zaburzeń i przejawów dobrostanu [14]. Z perspektywy psychopatologii rozwojowej, jednym z ważniejszych kryteriów szacowania zdrowia psychicznego jest, z jednej strony, ocena konkretnego zachowania dziecka w odniesieniu do tego, co jest prawidłowe dla danego wieku, z drugiej zaś – ocena, w jakim stopniu konkretne zachowanie powoduje zakłócenia w życiu codziennym [12]. W sytuacji dzieci wychowywanych w warunkach podwyższonego ryzyka zagrożenia psychopatologią (np. zaburzenia afektywne, lękowe u rodzica czy też uzależnienie od substancji psychoaktywnych), pytanie o zdrowie psychiczne jest równocześnie pytaniem o poziom adaptacji do tych trudnych warunków. Jak już wspomniano, w literaturze wskazuje się, że możliwa jest zarówno negatywna, jak i pozytywna adaptacja dziecka. Pozytywna adaptacja (czyli dobre przystosowanie) jest wynikiem zjawiska *resilience*, czyli dynamicznego interaktywnego procesu, za pomocą którego dzieci, pomimo występujących w przeszłości lub obecnie niekorzystnych warunków życiowych, nabywają umiejętności korzystania z wewnętrznych i zewnętrznych zasobów [15]. W tym znaczeniu pozytywna adaptacja oznacza dobre psychospołeczne funkcjonowanie jednostki, mimo niesprzyjających okoliczności losu. Z perspektywy psychopatologii rozwojowej, kryteria tak rozumianej adaptacji to brak poważnych problemów psychicznych i/lub zachowań problemowych, posiadanie psychospołecznych kompetencji i wypełnianie z powodzeniem adekwatnych do wieku zadań rozwojowych [16–18].

W modelu badań własnych pozytywną adaptację ujęto wieloaspektowo i wielowymiarowo, definiując ją w kategoriach obiektywnych – klinicznych (niski

poziom psychopatologii) i rozwojowych (wysoki poziom realizacji zadań rozwojowych) oraz subiektywnych (wysokie poczucie satysfakcji życiowej). Takie spojrzenie na pozytywną adaptację jest zgodne ze współczesną wiedzą na temat zdrowia psychicznego i psychopatologii rozwojowej [17, 19, 20], a także pozwala uniknąć fałszywego jej obrazu u dzieci z grup podwyższonego ryzyka [21]. Jest to szczególnie ważne u dzieci, które wychowują się w rodzinach z problemem alkoholowym. Z jednej bowiem strony, pozytywna adaptacja będzie się u nich objawiać przede wszystkim brakiem symptomów depresji czy też zachowań antyspołecznych, z drugiej zaś posiadaniem rozmaitych kompetencji psychospołecznych, niezbędnych do osiągnięcia adekwatnych do wieku zadań rozwojowych. Na przykład, Luthar [16] wskazuje, że w okresie wczesnego dzieciństwa obiektywnym wskaźnikiem pozytywnej adaptacji będzie bezpieczna więź z opiekunem, a w okresie nauki szkolnej – dobre oceny i prawidłowe relacje rówieśnicze. Uwzględnienie w badaniach własnych subiektywnego aspektu pozytywnej adaptacji, w postaci poczucia satysfakcji życiowej młodych ludzi, pozwoli w analizie ich zdrowia psychicznego wziąć pod uwagę także poznawczą ocenę własnego życia i funkcjonowania. Pozytywne stany poznawcze i emocjonalne doświadczane przez jednostkę są kluczowym pojęciem jakości życia i coraz częściej stanowią integralny aspekt dobrego funkcjonowania i pozytywnej adaptacji [14, 22].

Uwzględnienie w badaniach różnych, obiektywnych i subiektywnych, kryteriów przystosowania osób z grup ryzyka, wychowujących się w trudnych i niesprzyjających warunkach życiowych, wydaje się bardzo istotne. U dzieci zmagających się z problemami wynikającymi z uzależnienia ich rodziców występuje zarówno zróżnicowane ryzyko zaburzeń, zależne m.in. od ich cech indywidualnych (np. rodzaju temperamentu) lub cech środowiska (np. poziomu konfliktów rodzinnych czy istniejącej sieci wsparcia), jak i zróżnicowany poziom adaptacji do istniejących warunków życiowych [23–26]. Dobre samopoczucie, zadowolenie z życia oraz umiejętne wypełnianie oczekiwań społecznych pozwalają jednostce zachować elastyczność działania i w skuteczny sposób radzić sobie ze zmianami, stresem, traumami i stratami, których w nieunikniony sposób doświadczają w trakcie swojego życia. Niezadowolenie i brak satysfakcji z życia zwiększa u młodzieży z rodzin alkoholowych ryzyko zachowań aspołecznych, wykroczeń, zaburzeń związanych z używaniem

substancji psychoaktywnych, ciąży u nastolatków czy prób samobójczych. Pozytywna adaptacja wzmacnia zasoby osobiste jednostki, pozwala lepiej radzić sobie z przeciwnościami losu, wynikającymi z problemów z alkoholem rodzica oraz ułatwia rozwój i wzrost osobisty.

Podsumowując, w dotychczasowych badaniach nad potomstwem uzależnionych rodziców poszukiwano przede wszystkim potwierdzenia tezy, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wykazują specyficzne dla tej grupy zaburzenia i w sposób znaczący (niekorzystnie) różnią się od dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. Rezultaty tych porównań nie potwierdzały jednak przekonania klinicystów o specyfice tej grupy. Okazało się bowiem, że chociaż niektóre wyniki badań wskazywały na istotne statystycznie różnice w zakresie funkcjonowania biologicznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym [27] czy w zakresie charakterystyki ich osobowości [28], to jednocześnie wyniki te albo mieszczą się w granicach normy [29], albo nie różnią się od rezultatów dzieci z innych środowisk dysfunkcyjnych [30]. Okazuje się, że proste porównania między dziećmi z rodzin alkoholowych a dziećmi z rodzin bez tego problemu nie wyjaśniają w pełni mechanizmów odpowiedzialnych za obserwowane wśród potomstwa efekty rozwojowe [31]. Pojawia się coraz więcej wątpliwości, zwłaszcza w sytuacji braku jedności w sprawie rozpowszechnienia problemów u dzieci uzależnionych rodziców, które zachęcają do dalszej eksploracji tej problematyki zarówno na płaszczyźnie teoretycznej, jak i empirycznej.

W kontekście powyższych rozważań stworzono model badań, którego celem było ustalenie, jaki poziom zdrowia i objawów zaburzeń psychicznych przejawiają dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oraz jaki jest iloraz szans² uzyskania pozytywnych

² Iloraz szans OR (*odds ratio*) określa stosunek szansy wystąpienia danego zdarzenia w danej grupie do wystąpienia tego samego zdarzenia w innej porównywanej grupie. Za pomocą wskaźnika OR określamy zatem, w jakim stopniu większa bądź mniejsza jest szansa wystąpienia zdarzenia, np. choroby czy zaburzenia psychicznego w jednej grupie w porównaniu z inną grupą [32, 33].

Wzór na iloraz szans OR (*odds ratio*) ma postać:

$$OR_{A \times B} = S(A)/S(B) = P(A)/1 - P(A) : P(B)/1 - P(B)$$

A = grupa A, B = grupa B, P(A) = wystąpienie zdarzenia w grupie A, P(B) = wystąpienie zdarzenia w grupie B; S(A) = szansa wystąpienia zdarzenia w grupie A (stosunek wystąpienia zdarzenia do niewystąpienia zdarzenia); S(B) = szansa wystąpienia zdarzenia w grupie B (stosunek wystąpienia zdarzenia do niewystąpienia zdarzenia)

efektów rozwojowych w badanych grupach. Sformułowano zatem dwa pytania badawcze:

1. Czy dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, w porównaniu z dziećmi z rodzin bez takiego problemu, charakteryzują się zwiększoną podatnością na zaburzenia psychiczne?
2. Jaką szansę na pozytywną adaptację mają dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w porównaniu z dziećmi z rodzin, w których ten problem nie występuje?

Na podstawie pytań badawczych sformułowano dwie hipotezy:

1. Dzieci z rodzin, w których występuje problem alkoholowy charakteryzują się zwiększoną podatnością na zaburzenia psychiczne (H1).
2. Dzieci rodziców z problemem alkoholowym mają mniejszą szansę na pozytywną adaptację niż dzieci z rodzin, w których ten problem nie występuje (H2).

Material i metoda

Osoby badane. W badaniach wzięło udział 540 osób w trzech grupach wiekowych: wiek szkolny (9–12 lat), okres wczesnej (13–16 lat) oraz późnej adolescencji (17–20 lat) i w dwóch grupach porównawczych: dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (grupa kliniczna) oraz dzieci z rodzin, w których nie występuje problem alkoholowy (grupa kontrolna). Grupę kliniczną stanowiło 267 osób: 90 w wieku szkolnym, 88 w okresie dorastania (wczesna adolescencja) i 89 w fazie późnej adolescencji. Grupa kontrolna to 273 osoby z rodzin bez problemu alkoholowego; odpowiednio dla grup wiekowych: 92, 90 i 91. Dobór do grup był nielosowy oparty na metodzie kuli śniegowej i metodzie celowej (klienci placówek pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i placówek oświatowych).

Grupę kliniczną stanowiły dzieci i młodzież z rodzin z problemem alkoholowym wyróżnione na podstawie testu przesiewowego CAST (*Children of Alcoholics Screening Test*; w polskim tłumaczeniu zespołu PARPA) [34]. Test ten składa się z 30 pozycji bezpośrednio odnoszących się do doświadczeń związanych z zachowaniami pijącego ojca. Jako kryterium ryzyka wystąpienia problemów alkoholowych w rodzinie przyjęto uzyskanie przynajmniej 6 punktów w teście. Procentowy rozkład badanych grup ze względu na płeć był podobny (różnice nie przekraczają 10%), więc wyróżnione grupy można uznać za równoliczne pod względem liczby chłopców i dziewcząt. Pozostałe kontrolowane zmienne socjodemograficzne w sposób

istotny różnicowały dzieci z obu grup, klinicznej i kontrolnej, przede wszystkim te będące w okresie szkolnym i w fazie dorastania. Różnice dotyczyły wykształcenia rodziców, sytuacji materialnej i liczby rodzeństwa ($p < 0,001$). Szczegółowa analiza wykazuje, że wykształcenie matki i ojca badanych dzieci z grupy klinicznej w wieku szkolnym i dorastania jest zdecydowanie niższe niż z grupy kontrolnej. Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w wieku 8–16 lat mają też większą liczbę rodzeństwa niż osoby z grupy kontrolnej. Nie zanotowano natomiast istotnych statystycznie różnic pod względem zmiennych socjodemograficznych między grupą kliniczną a kontrolną w okresie późnej adolescencji. Wspomniane wyżej różnice między grupą kliniczną i kontrolną w zakresie zmiennych socjodemograficznych można wytłumaczyć nielosowym doбором próby. Dzieci do grupy klinicznej rekrutowane były ze świetlic terapeutycznych i poradni leczenia odwykowego, co w sposób istotny mogło wpłynąć na reprezentatywność próby.

Procedura badania. Badania prowadzone były w szkołach (podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych), w poradniach leczenia uzależnień, w świetlicach socjoterapeutycznych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i w centrach pomocy przy biurach pełnomocników ds. rozwiązywania problemów alkoholowych na terenie województwa lubuskiego. Harmonogram przeprowadzenia badań był następujący: krok 1. ankieta z rodzicem dziecka w wieku szkolnym i w okresie dorastania oraz z adolescentem zbierająca dane socjodemograficzne (liczba dzieci w rodzinie, wykształcenie rodziców, struktura rodziny, ocena sytuacji materialnej, osiągnięcia szkolne, zaburzenia psychiczne u rodziców) charakteryzujące badane dzieci i ich rodziny; krok 2. test przesiewowy CAST mający na celu wyłonienie grupy klinicznej; krok 3. badanie psychologiczne dziecka pozwalające określić poziom jego adaptacji. W młodszych grupach większość badań miała charakter indywidualny. W przypadku starszych dzieci kwestionariusze wypełniane były w małych grupach.

Narzędzia badawcze. W prezentowanych badaniach pozytywna adaptacja traktowana jest jako wymiar zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i ujmowana jako stan, na który składają się trzy aspekty: obiektywny–negatywny, obiektywny–pozytywny i subiektywny. Aspekt obiektywny–negatywny (kliniczny) to nasilenie zaburzeń psychicznych odzwierciedlających mechanizm eksternalizacji lub internalizacji problemów; aspekt obiektywny–pozytywny (rozwojowy) to poziom realizacji oczekiwań

społecznych kierowanych do dziecka w określonym wieku, a aspekt subiektywny to ocena zadowolenia z własnego życia. Wymiarami pozytywnej adaptacji dzieci z rodzin z problemem alkoholowym są zatem: 1) niski poziom objawów psychopatologicznych w zakresie eksternalizacji i internalizacji problemów (wymiar kliniczny, obiektywny); 2) wysoki poziom realizacji zadań rozwojowych danego etapu życia (wymiar rozwojowy, obiektywny); 3) wysoki poziom satysfakcji życiowej (wymiar subiektywny).

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

Kwestionariusz Diagnostyczny Achenbacha w trzech wersjach: ocena poziomu zaburzeń dzieci w wersji dla nauczycieli (*Teachers Report Form*; TRF) lub dla rodziców (*Child Behavioral Checklist*; CBCL); ocena poziomu zaburzeń młodzieży w wersji dla młodzieży (*Youth Self-Report*; YSR). Wykorzystano skalę VII i VIII do oceny poziomu eksternalizacji oraz skalę I, II i III do oszacowania poziomu internalizacji problemów. Test traktowany jako arkusz obserwacyjny został zaadaptowany do warunków polskich przez Wolańczyka [35]. Kwestionariusz ten jest często stosowany w badaniach empirycznych do oceny poziomu występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

Kwestionariusz Realizacji Zadań Rozwojowych służący do oceny poziomu realizacji zadań rozwojowych wieku szkolnego, wczesnej i późnej adolescencji, autorstwa Grzegorzewskiej [36]. Kwestionariusz zawiera 12 pozycji w dwóch wariantach, osoba badana wybiera zdanie, które do niej pasuje. Do pomiaru wybrano trzy zadania rozwojowe dla każdego z trzech okresów życia. W okresie szkolnym są to: nabywanie sprawności szkolnych, kooperacja społeczna oraz poczucie kompetencji, w okresie dorastania: niezależność od rodziców, kontakty z rówieśnikami i planowanie przyszłości, a w okresie późnej adolescencji: autonomia i tożsamość, nawiązywanie satysfakcjonujących relacji heteroseksualnych i przygotowanie do pracy zawodowej. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale 12–24 punktów. Narzędzie to wydaje się cechować dobrymi parametrami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności α Cronbacha, określone na grupie 120 osób, w każdej grupie wiekowej przybierają wartości z przedziału 0,77–0,92. Trafność testu wykazano metodą sprawdzania różnic międzygrupowych. Uzyskano zadowalające rezultaty [36].

Uczniowska Skala Satysfakcji Życiowej (Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale;

BMSLSS) – wersja skrócona [37] w polskiej adaptacji Grzegorzewskiej [20]. Skala służy do oceny poczucia satysfakcji życiowej w głównych obszarach funkcjonowania, takich jak rodzina, rówieśnicy, doświadczenia szkolne, ocena siebie, dom mieszkalny, całe życie. Badanie rzetelności skali dało zadowalające rezultaty (współczynnik α Cronbacha wyniósł od 0,75 do 0,81 w zależności od wieku badanych) [37]. Test był normalizowany w Stanach Zjednoczonych, w Polsce bywa wykorzystywany w nielicznych badaniach [20, 38].

Zmienne i wskaźniki. W przyjętej procedurze badawczej wyróżniono zmienną niezależną (rodzina pochodzenia osoby badanej) oraz zmienne zależne I stopnia – poziom adaptacji i II stopnia – objawy psychopatologiczne, realizacja zadań rozwojowych i satysfakcja z życia. Wyróżnione zmienne zależne i ich wskaźniki przedstawiono w tabeli I.

Analiza statystyczna danych. Biorąc pod uwagę wyniki badań empirycznych zawartych w literaturze przedmiotu, zakłada się, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, mimo narażenia na podobnie niekorzystne warunki życiowe, będą różniły się między sobą efektami rozwojowymi w postaci pozytywnej lub negatywnej adaptacji. Celem prezentowanych analiz statystycznych była zatem ocena szans wystąpienia pozytywnej adaptacji u dzieci z grupy klinicznej w porównaniu z grupą kontrolną. Na początku zastosowano niehierarchiczną analizę skupień metodą *k*-średnich (*quick cluster*), która pozwoliła na wyodrębnienie homogenicznych podgrup i dokonanie pomiaru specyfiki ujawnianych podobieństw pod względem wyróżnionych zmiennych. Szanse zakwalifikowania dzieci z grupy klinicznej do profilu wysoko adaptacyjnego oceniono za pomocą ilorazu szans (*odds ratio*), wyznaczonego dla danej próby. Iloraz szans (OR) określa stosunek szansy wystąpienia pozytywnej adaptacji w grupie klinicznej do wystąpienia tego samego zdarzenia w grupie kontrolnej. Za pomocą wskaźnika OR określamy zatem, jaka jest szansa – większa bądź mniejsza – wystąpienia pozytywnej adaptacji w badanej grupie dzieci z rodzin z problemem alkoholowym³. Dla wyznaczonego ilorazu szans

³ OR \approx 1 oznacza, że szansa wystąpienia zdarzenia w jednej i drugiej grupie jest zbliżona. OR $<$ 1 – w badanej grupie (w porównaniu z grupą odniesienia) istnieje mniejsza szansa wystąpienia zdarzenia. OR $>$ 1 – w badanej grupie (w porównaniu z grupą odniesienia) istnieje większa szansa wystąpienia danego zdarzenia.

Tabela I

Zmienne i ich wskaźniki

Table I

Variables and indicators

Zmienna zależna stopnia I <i>Dependent variable I</i>	Zmienne zależne stopnia II <i>Dependent variables II</i>	Wskaźniki i narzędzia <i>Indicators and methods</i>
Poziom adaptacji <i>The level of adaptation</i>	Objawy psychopatologii <i>The symptomatology</i>	Poziom zaburzeń eksternalizacyjnych i internalizacyjnych mierzony Kwestionariuszem Diagnostycznym Achenbacha <i>The externalising and internalising behaviours tested with the Achenbach Child Behavior Checklist (CBCL)</i>
	Realizacja zadań rozwojowych <i>The realisation of developmental tasks</i>	Poziom realizacji zadań rozwojowych mierzony Kwestionariuszem Realizacji Zadań Rozwojowych <i>The level of developmental tasks tested with the Developmental Tasks Questionnaire</i>
	Satysfakcja życiowa <i>Life satisfaction</i>	Subiektywna ocena satysfakcji życiowej mierzona Uczniowską Skalą Satysfakcji Życiowej <i>The subjective assessment of life satisfaction measured with the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS)</i>

określono przedziały ufności z założeniem 95-procentowego prawdopodobieństwa (95%CI, *Confidence Interval*). Przedział ufności pozwolił określić wartość ilorazu szans w populacji dzieci z rodzin alkoholowych na podstawie oceny poziomu adaptacji.

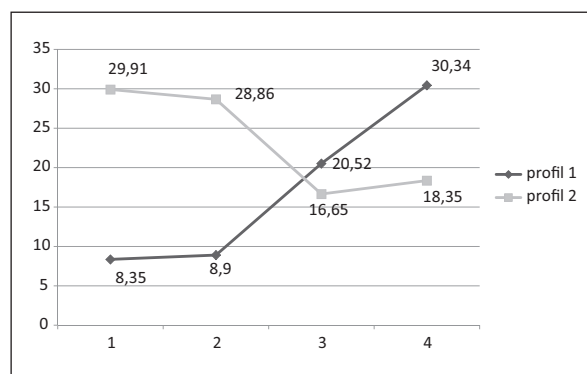
Wyniki

W pierwszym kroku analiz statystycznych sprawdzano związek między płcią a zmiennymi zależnymi. Badanie związków między płcią osób badanych a poziomem zmiennych zależnych (eksternalizacja i internalizacja problemów, zadania rozwojowe i poczucie satysfakcji życiowej) wykazały istotne różnice tylko w odniesieniu do obu wskaźników psychopatologicznych. Chłopcy prezentowali istotnie ($p < 0,001$) większą tendencję do uzewnętrzniania problemów ($M = 23,47$; $SD = 20,65$) niż dziewczynki ($M = 13,782$; $SD = 13,78$). Odwrotna zależność wystąpiła w odniesieniu do internalizacji problemów. W tym przypadku większą skłonność ($p < 0,001$) do tego rodzaju objawów wykazały dziewczynki ($M = 21,32$; $SD = 17,51$) niż chłopcy ($M = 14,62$; $SD = 14,41$). W przypadku pozostałych zmiennych zależnych nie wykazano istotnych różnic związanych z płcią osób badanych.

Grupy dzieci i młodzieży wyodrębnione w procesie analizy skupień

Kolejnym krokiem analiz było ustalenie, w jaki sposób badane osoby radziły sobie z przystosowaniem

do zmieniających się warunków rozwojowych i życiowych. W tym celu, za pomocą analizy skupień metodą k-średnich wyodrębniono dwie grupy różniące się profilem zdrowia (Ryc. 1). Analizy były prowadzone dla całej grupy, a próba wyłonienia większej liczby skupień nie dała rezultatu. Profile wyodrębniono na podstawie czterech zmiennych ilościowych charakteryzujących zdrowie psychiczne i pozytywną adaptację: eksternalizacji, internalizacji, zadań rozwojowych i poczucia satysfakcji życiowej. Profil 1 (wysoko adaptacyjny) charakteryzuje osoby, które, uzyskując dobre wyniki w odniesieniu do czterech



Ryc. 1. Wykres uzyskanych profili adaptacyjnych w badanej grupie

Fig. 1. Adaptation profiles obtained in the study groups
 1 zachowanie eksternalizacyjne/*externalising behaviour*
 2 zachowanie internalizacyjne/*internalising behaviour*
 3 zadania rozwojowe/*developmental tasks*
 4 satysfakcja życiowa/*life satisfaction*

mierzonych aspektów zdrowia psychicznego, wykazują się dobrym przystosowaniem i adaptacją. Cechuje je wyższy poziom realizacji zadań rozwojowych i poczucia satysfakcji życiowej oraz niższe nasilenie objawów psychopatologicznych. Profil 2 (nisko adaptacyjny) charakteryzuje osoby, które, osiągając słabsze wyniki w odniesieniu do mierzonych pozytywnych aspektów zdrowia psychicznego i wyższy poziom nasilenia objawów psychopatologicznych, wykazują się słabym przystosowaniem i adaptacją.

Wyróżnione profile różnią się między sobą negatywnymi i pozytywnymi aspektami zdrowia psychicznego (por. [Ryc. 1](#)). Profil wysoko adaptacyjny (profil 1) cechuje wysoki poziom satysfakcji życiowej ($M = 30,44$; $SD = 4,2$), średni poziom realizacji zadań rozwojowych ($M = 20,52$; $SD = 2,5$) oraz niski poziom eksternalizacji ($M = 8,35$; $SD = 6,7$) i internalizacji problemów ($M = 8,9$; $SD = 6,7$). Profil nisko adaptacyjny (profil 2) charakteryzuje się wyższymi wynikami w zakresie objawów psychopatologicznych z objawami opartymi na mechanizmie eksternalizacji ($M = 29,91$; $SD = 20,63$) i internalizacji ($M = 28,67$; $SD = 20,63$), a niższymi w zakresie pozytywnych wymiarów zdrowia psychicznego: poziomu realizacji zadań rozwojowych ($M = 16,65$; $SD = 2,75$) i poczucia satysfakcji życiowej ($M = 18,35$; $SD = 5,5$).

Z przedstawionej [tabeli II](#) wynika, że we wszystkich grupach wiekowych więcej osób ma nisko adaptacyjny profil w grupie klinicznej i wysoko adaptacyjny w grupie kontrolnej. Najmniejsza różnica w liczebności występuje w okresie późnej adolescencji. Wysoko adaptacyjny profil jest reprezentowany przez 38,9% dzieci w wieku szkolnym z grupy klinicznej i 65,2% z grupy kontrolnej, przez 40,9% dorastających z grupy klinicznej i 64% z grupy kontrolnej oraz przez 48% adolescentów z grupy klinicznej i 65,9% z grupy kontrolnej. Do profilu nisko adaptacyjnego zakwalifikowało się w wieku szkolnym 61,1% dzieci z grupy klinicznej i 34,8% z grupy kontrolnej i odpowiednio: w okresie dorastania 59,1% i 35,6%, w fazie adolescencji 51,7% i 34,1%.

Ocena szans pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży w wyłonionych profilach

W kolejnym kroku analizowano, jaki jest iloraz szans na pozytywną adaptację dzieci rodziców z problemem alkoholowym w stosunku do dzieci z grupy kontrolnej. Jeśli w rodzinie dziecka w wieku szkolnym ojciec nadużywa alkoholu, iloraz szans

zakwalifikowania do wysoko adaptacyjnego profilu (profil 1) wyniósł $OR = 0,34$ $95\%CI = 0-0,9$. Oznacza to, że posiadanie profilu wysoko adaptacyjnego w grupie klinicznej jest o 66% mniej prawdopodobne niż w grupie kontrolnej. Dla dzieci rodziców mających problem z alkoholem w okresie dorastania wskaźnik szans wyniósł $OR = 0,38$ $95\%CI = 0-0,99$, co wskazuje, że dzieci z rodzin alkoholowych mają o 62% mniejsze szanse na pozytywną adaptację niż dzieci z grupy kontrolnej. Wśród adolescentów wychowywanych w rodzinie z problemem alkoholowym iloraz szans wyniósł $OR = 0,48$ $95\%CI = 0,42-1,63$, czyli posiadanie profilu adaptacyjnego w grupie klinicznej wśród dorastających jest mniej prawdopodobne o 52%.

Uzyskane wyniki wskazują na niemal dwukrotnie mniejsze szanse wystąpienia pozytywnej adaptacji wśród adolescentów będących dziećmi rodziców nadużywających alkoholu niż wśród ich rówieśników z grupy kontrolnej oraz na prawie trzykrotnie mniejsze szanse wystąpienia pozytywnej adaptacji wśród dzieci w wieku szkolnym i w okresie dorastania, które mają rodziców nadużywających alkoholu, w porównaniu z ich rówieśnikami z grupy kontrolnej.

Omówienie

Prezentowane wyniki badań wskazują z jednej strony, że dzieci uzależnionych rodziców charakteryzują się zwiększoną podatnością na zaburzenia w postaci eksternalizacji i internalizacji problemów, z drugiej zaś, że nie wszystkie dzieci wychowywane w rodzinach z problemem alkoholowym wykazują znaczące trudności. Uzyskano zatem potwierdzenie dla przyjętego założenia o heterogeniczności tej populacji i zróżnicowaniu uzyskiwanych przez potomstwo uzależnionych rodziców efektów rozwojowych w postaci pozytywnej lub negatywnej adaptacji.

Potwierdziła się zatem hipoteza o zwiększonej podatności dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na trudności rozwojowe. Jest to zgodne z dotychczasową wiedzą na temat nasilonego ryzyka pojawienia się problemów i objawów psychopatologicznych u dzieci rodziców z problemem alkoholowym. Jak wskazują uzyskane dotychczas wyniki, ryzyko to występuje już od pierwszych tygodni życia. Jest ono związane z biologiczną podatnością dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na różnorodne problemy, a także dotyczy emocjonalno-społecznych aspektów ich funkcjonowania. Dzieci uzależnionych rodziców

Tabela II

Rozkład liczebności uzyskanych profili adaptacyjnych w grupie klinicznej i kontrolnej z uwzględnieniem wieku osób badanych

Table II

Frequency in adaptation profiles in clinical and control groups, taking into account respondents' age

Grupa wiekowa <i>Age group</i>				Grupa kliniczna <i>Clinical group</i>	Grupa kontrolna <i>Control group</i>	Ogółem <i>Summary</i>
Wiek szkolny <i>School age</i>	Profil adaptacji <i>Adaptation profile</i>	1 wysoko adaptacyjny <i>high adaptation</i>	Liczebność <i>Frequency</i>	35	60	95
			% grupy <i>% of group</i>	38,9%	65,2%	52,2%
		2 nisko adaptacyjny <i>low adaptation</i>	Liczebność <i>Frequency</i>	55	32	87
			% grupy <i>% of group</i>	61,1%	34,8%	47,8%
	Ogółem <i>Summary</i>		Liczebność <i>Frequency</i>	90	92	182
			$\chi^2(1) = 11,61; p = 0,001$			
Dorastanie <i>Adolescence</i>	Profil adaptacji <i>Adaptation profile</i>	1	Liczebność <i>Frequency</i>	36	58	94
			% grupy <i>% of group</i>	40,9%	64,4%	52,8%
		2	Liczebność <i>Frequency</i>	52	32	84
			% grupy <i>% of group</i>	59,1%	35,6%	47,2%
	Ogółem <i>Summary</i>		Liczebność <i>Frequency</i>	88	90	178
			$\chi^2(1) = 8,98; p = 0,003$			
Późna Adolescencja <i>Late Adolescence</i>	Profil adaptacji <i>Adaptation profile</i>	1	Liczebność <i>Frequency</i>	43	60	103
			% grupy <i>% of group</i>	48,3%	65,9%	57,2%
		2	Liczebność <i>Frequency</i>	46	31	77
			% grupy <i>% of group</i>	51,7%	34,1%	42,8%
	Ogółem <i>Summary</i>		Liczebność <i>Frequency</i>	89	91	180
			$\chi^2(1) = 5,01; p = 0,025$			

są szczególnie narażone na zaburzenia, ponieważ alkohol staje się priorytetem pijącego, często ze szkodą dla jakości sprawowania funkcji rodzicielskich, zwłaszcza w zakresie emocjonalnej dostępności rodzica. Pijący rodzic większość czasu spędza bowiem na picu albo na odzyskiwaniu względnie poprawnego samopoczucia po picu. Jak wykazują dotychczasowe badania, również żony alkoholików charakteryzują się obniżoną jakością oddziaływań rodzicielskich [39]. Słabe funkcjonowanie w rolach rodzica oraz nasilenie stresów życiowych wywołanych uzależnieniem powoduje, że rodzicielskie problemy z alkoholem są związane z różnorodnymi problemami psychicznymi

u potomstwa. W odniesieniu do dzieci uzależnionych rodziców istnieje silny, genetyczny aspekt ich podatności, co potwierdzają liczne badania naukowe prowadzone w latach 80. i 90. [40, 41]. Genetyczna podatność w dużej mierze uwidacznia się w nasileniu problemów związanych z nadmiernym spożywaniem substancji psychoaktywnych. Druga grupa czynników ryzyka dotyczy wpływu alkoholizmu rodzica na nasilenie stresu życiowego, co skutkuje nasileniem negatywnych efektów rozwojowych u potomstwa, takich jak np. słabsze zdrowie psychiczne i fizyczne, słabsze osiągnięcia szkolne, problemy z zachowaniem, zaburzenia odżywiania [42, 43], z których wiele

utrzymuje się w życiu dorosłym [44]. Wiele więcej badań w populacji dzieci uzależnionych rodziców koncentruje się na rozwoju alkoholizmu u samych dzieci, u których ryzyko jest 2–10-krotnie większe w stosunku do dzieci, które nie mają rodziców z problemem alkoholowym [44]. Na przykład, Thompson i wsp. [45] stwierdzili w badaniu ponad 43 000 amerykańskich dorosłych dzieci z historią rodzicielskich problemów alkoholowych, że częściej doświadczyli oni uzależnienia od alkoholu w porównaniu z dorosłymi, którzy nie mieli w przeszłości rodziców z problemem alkoholowym (23,1% w porównaniu z 9,6%). Podobnie, w niedawnym badaniu przekrojowym ponad 3000 młodych osób we Francji, dzieci z rodzin z problemem alkoholowym były niemal dwukrotnie częściej uzależnione od alkoholu lub konopi w porównaniu z osobami bez rodzicielskiej historii uzależnienia od alkoholu [46].

Co szczególnie istotne, jak wykazały prezentowane badania, oprócz nasilenia objawów psychopatologicznych u dzieci z rodzin, w których występuje problem alkoholowy, istnieje większe prawdopodobieństwo trudności w realizacji zadań rozwojowych oraz obniżonej satysfakcji życiowej. Podobne wyniki, szczególnie w odniesieniu do zadań rozwojowych, uzyskano we wcześniejszych badaniach [47, 48]. Nieliczne badania potwierdzają także trudności w pozytywnym przystosowaniu i obniżone zadowolenie ze swojego życia u dzieci wychowywanych przez uzależnionego rodzica. Jak wykazano w badaniach przekrojowych na grupie 112 nastolatków, alkoholizm rodzica i dysharmonia środowiska rodzinnego miały wpływ na obniżenie poczucia satysfakcji życiowej [49]. Co więcej, inne predyktory były odpowiedzialne za wystąpienie drobnych symptomów psychopatologicznych, a inne za zmniejszone zadowolenie z różnych sfer funkcjonowania. Dotychczasowe wyniki badań sugerują zatem, że alkoholizm rodzica ma związek nie tylko z wystąpieniem objawów psychopatologicznych u dzieci, ale także obniżeniem ich możliwości poradzenia sobie z wyzwaniami rozwojowymi oraz zmniejszeniem poczucia zadowolenia z najważniejszych obszarów ich życia. W przyszłości należy rozszerzyć badania nad poziomem realizacji zadań przypisanych określonej etapowi życia i poczuciem satysfakcji życiowej młodych ludzi wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym. Pozytywne aspekty zdrowia psychicznego mają bowiem równie znaczący wpływ na całokształt funkcjonowania dzieci i młodzieży, jak i brak objawów patologicznych. Można bowiem

przyjąć, że zapewnienie stabilności środowiska rodzinnego, ochrona dzieci przed krytycznymi zachowaniami rodzica alkoholika, utrzymanie poziomu życia rodziny i poszczególnych jej członków może stanowić czynnik chroniący dzieci uzależnionych rodziców przed zaburzeniami zdrowia psychicznego [50]. Takie strategie mogą zwiększać poczucie dobrostanu u potomstwa oraz podnosić ich poziom satysfakcji życiowej, jednak, jak się wydaje, największe koszty w miarę względnego funkcjonowania rodziny ponoszą wówczas nieuzależnieni rodzice. Kwestie wymagają jednak dalszych eksploracji empirycznych.

Mimo zwiększonej podatności dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na zaburzenia zdrowia psychicznego i przebieg rozwoju, uzyskane wyniki badań pozwalają potwierdzić hipotezę o heterogeniczności badanej populacji. Jak wykazano, nie wszystkie dzieci uzależnionych rodziców demonstrują objawy psychopatologiczne i trudności w realizacji zadań rozwojowych. Mimo że mają one mniejsze szanse na pozytywną adaptację, wiele dzieci wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym wykazuje stosunkowo wysoką odporność na niekorzystne warunki życiowe. Czynniki ochronne przyczyniające się do odporności pozwalają dzieciom pijących rodziców na skuteczne radzenie sobie z sytuacją rodzinną, a do zasobów wspierających ten proces zaliczamy m.in. stabilne i opiekuńcze zachowania nieuzależnionych rodziców, zasoby osobowościowe jednostki (w tym temperament i prężność psychiczną), większą liczbę źródeł wsparcia, jak inni członkowie rodziny, rówieśnicy i nauczyciele [20, 51]. W badaniach Krolla [52] wykazano, że wiele dzieci uzależnionych rodziców chciałoby mieć w swoim życiu przynajmniej jedną zaufaną osobę, z którą mogłyby podzielić się swoimi trudnościami albo spotkać inne osoby z podobnymi problemami. Trudności dzieci pijących rodziców i ich potrzeby są często ukryte [53], dlatego konieczne są takie formy wsparcia i pomocy, które nie wymagają zaangażowania rodziców. Innym ważnym czynnikiem wspierającym proces pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym jest zaprzestanie picia i podjęcie leczenia przez uzależnionego rodzica. Nie jest to często podkreślany zasób rodziny z problemem alkoholowym, ale jak pokazują wcześniejsze badania [39], utrzymanie abstynencji i długotrwała (co najmniej pięcioletnia praca terapeutyczna uzależnionego rodzica) sprzyja wzmocnieniu osobistych kompetencji dzieci i radzeniu sobie z wymaganiami życiowymi. Pomoc

dzieciom, które stoją przed wyzwaniami związanymi z nadużywaniem alkoholu przez ich rodziców może uchronić je przed negatywnymi skutkami ich sytuacji życiowej. Opierając się na wspomnianych wyżej wynikach badań, można wskazać kilka ważnych strategii profilaktycznych i terapeutycznych pomocnych w zmniejszeniu negatywnych wpływów działających na dzieci w rodzinach, w których przynajmniej jeden rodzic pije w sposób nadmierny, szkodliwy i/lub jest uzależniony od alkoholu. Wzmacnianie szans na pozytywną adaptację dzieci uzależnionych rodziców może odbywać się poprzez m.in. samodzielne szukanie przez dziecko pozytywnego środowiska i wsparcia poza systemem rodzinnym, podjęcie działań zmierzających do utrzymania abstynencji i wytrwania w procesie leczenia uzależnionego rodzica, udzielenie pomocy rodzicom, nie tylko w próbach rozwiązywania ich problemów, ale też w rozwijaniu umiejętności i kompetencji wychowawczych, które pozwoliłyby im nie obarczać dziecka swoimi kłopotami [48, 54–56].

Wnioski

Najważniejsze konkluzje płynące z prezentowanych badań dotyczą heterogeniczności populacji dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Pomimo zwiększonej podatności na zaburzenia nie u wszystkich dzieci uzależnionych rodziców występują trudności ze zdrowiem psychicznym. Tym samym potwierdziło się założenie o probabilistycznym, a nie deterministycznym przebiegu rozwoju ścieżek rozwojowych dzieci wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym. Wniosek ten rodzi istotne implikacje praktyczne. Wskazane bowiem okazuje się dostosowanie programów profilaktycznych, interwencyjnych i terapeutycznych, kierowanych do dzieci z rodzin alkoholowych, do zróżnicowanych efektów rozwojowych obserwowanych w tej populacji. Mimo zwiększonej podatności na zaburzenia, traktowanie wszystkich dzieci wychowanych w cieniu pijącego rodzica jako osób zaburzonych z wysokim poziomem objawów psychopatologicznych może powodować nieskuteczność wielu oddziaływań prewencyjnych. Z drugiej strony, uzyskanie pozytywnych efektów rozwojowych u dzieci, u których (ze względu na alkoholizm rodzica) można oczekiwać raczej zaburzeń niż zdrowia, może być związane z ponoszeniem przez nie wysokich kosztów osobistych. Jak zauważyli Luthar i wsp. [31] uzyskanie przez dzieci z grup ryzyka wysokich,

pozytywnych wskaźników dobrego funkcjonowania jest wynikiem ogromnej walki i wielkiego wysiłku, zdecydowanie większego niż przez dzieci z mniej dysfunkcyjnych rodzin. Czy pozytywna adaptacja obserwowana u niektórych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oznacza, że można je wykluczyć z programów pomocowych? Z pewnością nie, ale treść tych programów powinna uwzględniać stosunkowo wysoki poziom funkcjonowania i koszty, jakie ponoszą młodzi ludzie w osiąganiu tych efektów rozwojowych.

Ograniczenia badań własnych. Prezentowane badania mają niewątpliwie pewne ograniczenia. Po pierwsze, ponieważ nie udało się zastosować próby losowej, przypadkowy dobór badanych ogranicza wnioskowanie i generalizację na całą populację polskich dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Po drugie, problemem istotnym dla wnioskowania statystycznego jest wciąż zbyt mała wielkość próby. Wnioskowanie na podstawie małych grup wymaga dużej ostrożności w interpretacji uzyskanych wyników badań. I ostatecznie, w prezentowanych badaniach *a priori* przyjęto rodzinę alkoholową jako rodzinę wysokiego ryzyka. Nie uwzględniono heterogeniczności rodzin z problemem alkoholowym, w tym współwystępowania u rodzica również innego rodzaju zaburzeń psychicznych, wybiórczego doboru małżeńskiego czy też nasilenia konfliktów i przemocy w rodzinie. Zważywszy jednak na eksploracyjny model prezentowanych badań, można mieć nadzieję, że uzyskane wyniki będą stanowić inspirację do dalszych empirycznych poszukiwań.

Uzyskane wyniki badań mogą mieć zastosowanie praktyczne, głównie w profilaktyce, interwencji i terapii dzieci i młodzieży. Perspektywa psychopatologii rozwojowej może przyczynić się do zapobiegania powstawaniu problemów u dzieci z rodzin alkoholowych i planowania skutecznych interwencji, gdy problemy wystąpią. Jak wykazały wyniki badań własnych, wiele dzieci uzależnionych rodziców rozwija się prawidłowo, stąd programy pomocy powinny być zróżnicowane. Wykorzystując wiedzę z wcześniejszych i aktualnych badań, należy przede wszystkim podkreślić, że podatność dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na różnorodne problemy zaczyna się już w dzieciństwie. Próby wzmocnienia odporności psychicznej tych dzieci powinny zatem skupiać się na wczesnej profilaktyce i promocji zdrowia w warunkach wysokiego ryzyka oraz na wspieraniu zasobów, kompetencji i osiągnięć w realizacji przez dziecko zadań rozwojowych i budowania satysfakcji

z codziennego życia. Odporne dziecko potrafi wykorzystać zasoby osobiste i środowiskowe w procesie adaptacji do wymagań środowiska i potrafi przeciwstawić się potężnej sile niekorzystnych warunków życiowych, w jakich przyszło mu się rozwijać.

Wkład pracy autorów/Authors' contributions

Według kolejności/According to order.

Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*/No ghostwriting and guest authorship declared.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Nie występuje/None declared.

Finansowanie/Financial support

Nie finansowane/None declared.

Etyka/Ethics

Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami EU dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects; EU Directive (210/63/EU) on protection of animals use of scientific purposes; Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Piśmiennictwo/References

- [1] PARPA (2012) *Statystyki. Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych*. (dostępne na stronach: www.parpa.pl).
- [2] McGue M. Behawioralne i genetyczne modele picia i alkoholizmu. W: Leonard KE, Blane HT, reds. *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2003. p. 461–518.
- [3] Mazur J. *Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2009.
- [4] Ellis D, Zucker R, Fitzgerald H. Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a zdrowie* 2000;(26):91–111.
- [5] Grzegorzewska I. *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: Wydawnictwo „Scholar”; 2011.
- [6] Velleman R. The policy context: Reversing a state of neglect. *Drugs: Education Prevention and Policy* 2010; 17:8–35.
- [7] Sher KJ. *Children of Alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago: University of Chicago Press; 1991.
- [8] Cierpiakowska L. Funkcjonowania dzieci alkoholików – psychospołeczne źródła deficytów i zasobów. W: Cierpiakowska L, Ziarko M, reds. *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: WAiP; 2010. p. 253–88.
- [9] Ullman A, Orenstein A. Why Some Children of Alcoholics Become Alcoholics: Emulation of the Drinker. *Adolescence* 1994;29(113):1–11.
- [10] Hunt ME. A Comparison of Family of Origin – Factors between Children of Alcoholics and Children of Non-Alcoholics in a Longitudinal Panel. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1997;23(4):597–613.
- [11] Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1990.
- [12] Windle M, Davies PT. Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: Leonard KE, Blane HT, reds. *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*. Warszawa: PARPA; 2003. p. 209–54.
- [13] Trzebińska E. *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WAiP; 2008.
- [14] Keyes CLM, Lopez SJ. Toward a science of mental health. W: Lopez SJ, Snyder CR, reds. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 89–95.
- [15] Yates TM, Egeland B, Sroufe A. Rethinking resilience: A developmental process perspective. W: Luthar SS, red. *Resilience and Vulnerability*. Cambridge University Press; 2003. p. 243–66.
- [16] Luthar SS. *Resilience in development. A synthesis of research across five decades.*, W: Cicchetti D, Cohen DJ, reds. 2nd edition, *Developmental Psychopathology: Risk disorder and adaptation*, vol. 3, 2nd edition New York: Wiley; 2006. p. 740–95.
- [17] Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006;vol. 1094:13–27.
- [18] Velleman R, Orford J. *Risk and Resilience: Adults Who were the Children of Problem Drinkers*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1999.
- [19] Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo „Scholar”; 2001.
- [20] Grzegorzewska I. *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”; 2013.
- [21] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development* 2000;71(3):543–62.

- [22] Diener E, Lucas E, Oishi S. Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: Czapiński J, red. *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN; 2008.
- [23] Zucker B, Wong M, Puttler L, Fitzgerald H. Resilience and vulnerability among sons of alcoholics: relationship to developmental outcomes between early childhood and adolescence. W: Luthar S, red. *Resilience and Vulnerability*. Cambridge: University Press; 2003. p. 76–104.
- [24] Lieberman DZ. Children of alcoholics: An update. Current opinion. *Pediatrics* 2000;12(4):336–40.
- [25] Christiansen HB, Bilenberg N. Behavioral and emotional problems in COA mothers and fathers. *European Child Adolescent Psychiatry* 2000;9(3):219–26.
- [26] Haugland B. Paternal alcohol abuse: relationship between child adjustment, parental characteristics and family function. *Child Psychiatry and Human Development* 2003;34(2):127–46.
- [27] Porjesz B, Begleiter H. Potencjały wywołane u dzieci alkoholików. *Alkohol a zdrowie* 2000;26:138–47.
- [28] Tarter R, Alterman A, Edwards K. Vulnerability to alcoholism in men. A behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol* 1985;46:256–329.
- [29] Whipple SC, Noble EP. Personality characteristics of alcoholic fathers and their sons. *Journal of Studies Alcohol* 1991;52:331–7.
- [30] Harter SL. Psychosocial adjustment of Adult Children of Alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review* 2000;20:311–37.
- [31] Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991;61(1):6–22.
- [32] Bushman B, Anderson C. Measuring the strength of the effect of violent media on aggression. *American Psychologist* 2007;62(3):253–4.
- [33] Bonett DG. Transforming Odds Ratios into Correlations for Meta-Analytic Research. *American Psychologist* 2007;4:53–6.
- [34] Robinson BE. *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1998.
- [35] Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna; 2002.
- [36] Grzegorzewska I. *Realizacja zadań rozwojowych okresu dorastania przez dzieci leczących się alkoholików*. Niepublikowana praca doktorska. Poznań: UAM; 2006.
- [37] Seligson J, Huebner E, Valois R. Preliminary Validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research* 2003;61(2):121–45.
- [38] Szornak M, Kurhalyuk N, Tkachenko H, Pałczyńska K. Ocena zależności między satysfakcją z życia a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. W: Kamiński P, Kurhalyuk N, reds. *Ekofizjologiczne uwarunkowania zdrowia człowieka*. Słupsk: Uniwersytet Trzeciego Wieku; 2010. p. 100–14.
- [39] Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L. Developmental Task Attainment in Adolescents from Families with a Recovering Alcoholic or Active Alcoholic Father. *Polish Psychological Bulletin* 2011;42:104–95.
- [40] Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M. Typ I i typ II alkoholizmu – uaktualnienie badań. W: Durda R, red. *Alkohol a zdrowie. Typologia alkoholizmu. Nr 24*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2000. p. 50–64.
- [41] McGue M, Elkins I, Iacono WG. Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse. *American Journal of Medical Genetics* 2000;96(5):671–7.
- [42] Girling M, Huakau J, Casswell S, Conway K. *Families and heavy drinking: Impacts on children's wellbeing*. Wellington, New Zealand: Families Commission; 2006.
- [43] West MO, Prinz RJ. Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin* 1987;102:204–18.
- [44] Balsa AI, Homer JF, French MT. The health effects of parental problem drinking on adult children. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2009;12:55–66.
- [45] Thompson RG, Lizardi D, Keyes KM, Hasin DS. Childhood or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;98:264–9.
- [46] Melchior M, Choquet M, Le Strat Y, Hassler C, Gorwood P. Parental alcohol dependence, socioeconomic disadvantage and alcohol and cannabis dependence among young adults in the community. *European Psychiatry* 2011;26:13–7.
- [47] Cierpiałkowska L, Ziarko M. Uwarunkowania internalizacji i eksternalizacji zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Czasopismo Psychologiczne* 2009;15(1):71–85.
- [48] Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L. Realizacja zadań rozwojowych przez młodzież z rodzin z leczącym się i pijącym ojcem alkoholikiem. *Polskie Forum Psychologiczne* 2012;17(1):5–26.
- [49] Braithwaite V, Devine C. Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics: the effects of parental drinking, family disorganization and survival roles. *British Journal of Clinical Psychology* 1993;32:417–29.
- [50] Reich W, Earles F, Powell J. A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction* 1988;83(7):831–9.
- [51] Werner EE, Johnson JL. The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use & Misuse* 2004;39:699–720.
- [52] Kroll B. Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child & Family Social Work* 2004;9:129–40.
- [53] Kearney P, Levin E, Rosen G. *Alcohol, drug and mental health problems: Working with families (SCIE Reports No 2)*. London: Social Care Institute for Excellence; 2003.
- [54] Rutter M. Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 1987;57(3):316–31.
- [55] Rutter M. Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings and Policy Implications. W: Shonkoff JP, Meisels SJ, reds. *Handbook of Early Child Intervention*. New York: Cambridge; 2000. p. 651–81.
- [56] Borucka A, Ostaszewski K. Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko krzywdzone* 2012;3(40):7–26.