

## ARTYKUŁY [Articles]

### REALIZACJA ZADAŃ ROZWOJOWYCH PRZEZ MŁODZIEŻ Z RODZIN Z LECZĄCYM SIĘ I PIJĄCYM OJCEM ALKOHOLIKIEM

**Iwona Grzegorzewska**  
Wydział Pedagogiki, Socjologii  
i Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Zielonogórski

**Lidia Cierpiałkowska**  
Instytut Psychologii UAM  
Poznań

#### DEVELOPMENTAL TASKS ACCOMPLISHMENT BY YOUTH FROM FAMILIES WITH TREATED AND DRINKING ALCOHOL FATHER

**Summary.** The problem at work that is being focused on the adolescent's developmental tasks in families with alcohol problems, especially in families with treated alcoholics. In present work was hypothesised that treatment of alcoholic fathers would be the one of the important protective factors in families with alcoholism. The first question addressed was whether children of treated alcoholics have been differed from children of drinking alcoholics according to the developmental tasks. The next question addressed was whether the specific family context was associated with the adolescent's development. Participants included 91 children age 17-18. The research sample comprised three groups: 31 children of drinking alcoholics, 30 children of treated alcoholics, and 30 children of non-alcoholic parents. In general, the results of the present study suggest that the process treatment of the alcoholic parents was found to be a significant protective factor in alcoholic families.

**Key words:** developmental tasks, alcoholic families, adolescents

#### Wprowadzenie

Alkoholizm jednego lub obojga rodziców zwiększa u dzieci ryzyko wystąpienia problemów rozwojowych ze względu na działanie wielu czynników zarówno tych specyficznych, czyli bezpośrednio związanych z uzależnieniem od alkoholu (*alcohol-specific*), jak niespecyficznych (*non-alcohol-specific*), czyli tych wynikających

---

Adres do korespondencji: Iwona Grzegorzewska, e-mail, [ia.g@interia.pl](mailto:ia.g@interia.pl)

z działania innych niż alkoholizm czynników w rodzinie (np. niskie umiejętności rodziców wypełniania ról rodzinnych). Kombinacja specyficznych i niespecyficznych czynników stresowych oraz czynników ochronnych różnicuje ryzyko wystąpienia zaburzeń u dzieci (Chassin, Rogosch, Barrera 1991; Jacob, Johnson, 2000; Cierpiałkowska, 2007). Jakie warunki rozwoju stwarza dzieciom rodzina, w której mąż-ojciec uzależniony od alkoholu podejmuje leczenie, staje się abstynentem lub trzeźwiejącym alkoholikiem? Pomimo tak wielu badań nad dziećmi alkoholików, nawet dziś trudno znaleźć w literaturze zadowalającą odpowiedź. Więcej snuje się domysłów niż prowadzi badań, które wyjaśniałyby wpływ niepijącego ojca alkoholika na osiągnięcie zadań rozwojowych przez potomstwo. Zważywszy na zjawisko znaczącego nasilenia się stresu w rodzinie, w której alkoholik dłużej niż dotychczas utrzymuje abstynencję, wcale nie jest oczywiste czy taka sytuacja staje się szansą, czy kolejnym zagrożeniem dla rozwoju dziecka (por. Cierpiałkowska, 1997; Steinglass i in., 1993). System rodzinny, działające w nim zasady i role pełnione przez członków ulegają zmianie, co prowadzi do uaktywnienia się mniej lub bardziej pożądanym procesów i zjawisk. Biorąc pod uwagę wzrastającą z roku na rok liczbę alkoholików podejmujących leczenie (Eurobarometr, 2007), należy mieć na uwadze fakt, że coraz większa grupa dzieci znajdzie się w takiej sytuacji, o której dorośli (rodzice, wychowawcy, psychologowie) niewiele wiedzą, mają więcej pozytywnych oczekiwań niż znajomości rzeczy.

Koncepcje integracyjne i modele psychopatologii rozwojowej, w których uwzględnia się znaczenie czynników biologicznych, osobowościowych i społecznych (rodzinnych i pozarodzinnych) próbują wyjaśnić uwarunkowania i mechanizmy pojawienia się zdrowia lub zaburzeń u dzieci na różnych etapach życia. Zdrowie z perspektywy *life-span* najczęściej definiuje się w kategoriach punktualności osiągniętych zadań rozwojowych charakterystycznych dla okresu, w którym dzieci się znajdują. Zaburzenia natomiast rozumie się albo jako niepunktualność lub deficyty w realizacji tych zadań, albo jako eksternalizację lub internalizację problemów. To pierwsze podejście wywodzi się z różnych koncepcji psychologii rozwojowej (por. Brzezińska, 2000; Bee, 2008), drugie bardziej z modeli psychopatologii rozwojowej (por. Achenbach, 1982, 1987; Cicchetti, 1993). Eksternalizacja problemów ujawnia się w postaci zaburzeń zachowania, nadużywaniem alkoholu we wczesnej adolescencji, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych czy wagarowania, natomiast internalizacja przejawia się w postaci zaburzeń lękowych, depresji, poczucia alienacji, reakcji psychosomatycznych oraz uzależnienia pojawiającego się w późniejszych okresach życia (Sher i in., 2003; Eiden, Edwards, Leonard, 2007).

Szeroko rozpowszechniony jest pogląd, sformułowany na tle badań porównawczych, że dzieci alkoholików należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów rozwojowych. Dzieci z rodzin alkoholików w porównaniu z dziećmi z rodzin bez takiego problemu charakteryzują się większą ilością zaburzeń zachowania o charakterze eksternalizacji (zaburzeń zachowania, ADHD, nadmierną impulsywnością) i internalizacji (depresja, niepokój) problemów, a także wykazują więcej interpersonalnych i społecznych trudności (Bennett, Wolin, Reiss, 1988; Johnson, Rolf, 1988; Rolf i in., 1988; Wong i in., 2008). Podwyższone ryzyko za-

burzeń zaobserwowano, śledząc jakościowo odmienne ścieżki rozwoju wyznaczone pojawieniem się w różnych okresach życia dziecka i adolescentów problemów alkoholowych ojca i zaburzeń afektywnych matki (Chassin, Rogosch, Barrera, 1991; Ellis, Zucker, Fitzgerald, 2000; Fitzgerald, Davies, Zucker, 2002). Wyniki badań potwierdzają występowanie istotnych trudności podczas realizacji wybranych zadań rozwojowych okresu dorastania przez dzieci alkoholików. Problemy te dotyczą formowania bardziej dojrzałych relacji interpersonalnych (Eiden i in., 2009), rozwoju tożsamości, opartej na zintegrowanym poczuciu własnego ja (Beletsis, Brown, 1981), przebiegu identyfikacji i podejmowaniu różnych ról życiowych związanych z płcią (Brown, 1990), a także umiejętności kierowania swoim życiem i konstruktywnego planowania przyszłości (Robinson, Woodside, 1998). Porażki w radzeniu sobie z wyzwaniami okresu dorastania mogą utrwalić istniejące już problemy psychospołeczne bądź uaktywnić patomechanizmy wyznaczające specyficzne ścieżki rozwoju dzieci alkoholików (por. Fitzgerald, Davies, Zucker, 2002; Anthony, Obot, 2004).

Jedną z pierwszych prób wyjaśnienia tego, w jaki sposób alkoholizm oddziałuje na dzieci podjął Ackerman (1983), stwierdzając, że niezależnie od tego czy pije ojciec, czy matka emocjonalne napięcie u obojga rodziców zakłóca ich zdolność do sprawowania opieki i tworzenia prawidłowego środowiska rozwojowego. Odwołując się do tradycji eriksonowskiej wyjaśnił, w jaki sposób deficyty w sprawowaniu funkcji rodzicielskich udaremniają realizację zadań rozwojowych i prawidłowe rozwiązywanie kryzysów charakterystycznych dla danego etapu życia dziecka. Trudności i deficyty w pełnieniu zadań wynikających z ról rodzinnych przez rodziców alkoholików można generalnie podzielić na dwie grupy: deficyty specyficzne alkoholowe, pozostające w bezpośrednim związku z wpływem alkoholu na funkcjonowanie rodzica-alkoholika bądź rodzica-niealkoholika i sposób realizacji roli rodzicielskiej (np. agresywne zachowania alkoholika w egzekwowaniu wypełnianych przez dzieci obowiązków, nieobecność pijącego rodzica w sytuacjach, gdy dziecko potrzebuje wsparcia) i deficyty niespecyficzne, będące pośrednim skutkiem nadużywania alkoholu lub występujące przed pojawieniem się uzależnienia (np. ogólny poziom dojrzałości rodziców przed problemem alkoholowym, niskie możliwości rozpoznawania i dostrajania się do potrzeb rozwojowych dziecka) (por. Patterson, 1982; Cierpiątkowska, 2005).

Alkoholizm ojca i często ujawniające się u matki zaburzenia afektywne, zwłaszcza depresja, w znaczącym stopniu ograniczają ich zdolność do efektywnego sprawowania funkcji rodzicielskich. Wyniki badań pokazują, że deficyty dotyczą zarówno zdolności rodziców do ujawniania w relacji z dzieckiem ciepła i wrażliwości na jego potrzeby więzi i zależności, jak i sprawowania właściwej kontroli w osiąganiu przez nie niezależności i autonomii (Morehouse, Richards, 1982; Sheridan, Green, 1993; Johnson, 2001; Eiden, Edwards, Leonard, 2007). Ponadto, w rodzinie, prócz normatywnych zdarzeń stresowych będących konsekwencją rozwoju członków rodziny i samego systemu rodzinnego, występuje zjawisko kumulacji nienormatywnych zdarzeń stresowych, bezpośrednio związanych z uzależnieniem od alkoholu ojca (por. Connell, Goodman, 2002). Tak specyficzna sytuacja może zwiększać ryzyko niepunktualności realizacji zadań rozwojowych przez dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików.

W jakim stopniu zmieniają się warunki rozwoju dziecka w rodzinach, gdy uzależniony rodzic podejmuje leczenie? Ponieważ w tym zakresie przeprowadzono nieliczne badania, to można jedynie pośrednio wnioskować o zmianach, odnosząc się do faz powrotu do zdrowia alkoholika i jego partnerki (Collins, 1990; Brown, 1990; Cierpiątkowska, 1994, 1997). Analiza potencjalnych czynników ryzyka i ochrony, oddziałujących w rodzinach z leczącym się alkoholikiem, wskazuje na przewagę czynników ryzyka w początkowym okresie zdrowienia oraz przewagę potencjalnych zasobów w okresie późniejszym. Oczywiście tylko wówczas, gdy powstrzymywaniu się od picia towarzyszą u obojga rodziców zmiany na płaszczyźnie psychicznej i społecznej. Steinglass i in. (1993), tworząc jedną z pierwszych koncepcji funkcjonowania rodziny z leczącym się alkoholikiem stwierdzili, że niektóre rodziny nie zmieniają się (alkoholowy system rodzinny przekształca się w leczący alkoholika system rodzinny), inne przechodzą głęboką reorganizację, której towarzyszą różne zdarzenia stresowe. Początkowy okres zdrowienia alkoholika jest związany przede wszystkim z utrzymaniem abstynencji, co wymaga od niego zdolności do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi bez alkoholu. Dopiero gdy upora się z tym zadaniem, powstają warunki do jego uczestnictwa w rodzinie i tworzenia wraz z innymi jej członkami nowych zasad funkcjonowania – wzorców relacji i komunikacji. Gdy trzeźwiejący alkoholik zaczyna podejmować niektóre zadania w obrębie ról rodzinnych, często u jego partnerki pojawiają się różne problemy, a nawet zaburzenia psychiczne (Wegscheider-Cruse, 2000). Dopiero w późniejszych etapach leczenia i zdrowienia zmiany w organizacji i strukturze rodziny ulegają większej stabilizacji. Z punktu widzenia dynamiki procesu zdrowienia alkoholika i jego partnerki, właśnie ten moment wydaje się być najbardziej istotny do wypracowania innego niż dotychczas stylu sprawowania funkcji rodzicielskich. Dopiero po około pięciu latach od rozpoczęcia leczenia ojcowie alkoholicy, jak pokazały badania Cierpiątkowskiej (1994, 1997), stają się bardziej aktywni i zaangażowani w pełnienie ról rodzinnych.

Jeśli proces zdrowienia rodziców trwa tak długo, to jakie znaczenie może mieć dla punktualności osiągnięcia zadań rozwojowych przez dorastającą młodzież, która znajduje się w okresie przejściowym pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. W tym czasie zmiany rozwojowe zachodzą na wszystkich trzech płaszczyznach życia jednostki – biologicznej, psychicznej i społecznej. Dla adolescentów oznacza to przede wszystkim konieczność poradzenia sobie z wyzwaniami: (1) radzenia sobie z presją rówieśników, przy utrzymywaniu satysfakcjonujących z nimi relacji, (2) utrzymywania równowagi między rozwijającą się niezależnością a potrzebą więzi i przynależności do rodziny oraz (3) określenia własnej wizji przyszłości w odniesieniu do zawodu i pracy zarobkowej (Havighurst, 1981; Jacob, Leonard, 1994; Brzezińska, 2000). Proces wypełniania tych zadań oraz punktualność ich realizacji są uwarunkowane interakcją biologicznych, psychicznych i rodzinnych czynników ryzyka i ochrony. Biologiczne czynniki ochronne lub ryzyka zaburzeń ujawniają się, między innymi, w specyficznej strukturze cech temperamentu dzieci alkoholiczków (Zucker i in., 2008), psychiczne czynniki ryzyka to przede wszystkim stopień różnicowania strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziom agresji i/lub lęku

(Fitzgerald, Davies, Zucker, 2002; Sher i in., 2003), natomiast społeczne to oddziaływanie środowiska rodzinnego i pozarodzinnego (por. Connell, Goodman, 2002) .

Stan wiedzy na temat funkcjonowania rodzin ze zdrowiejącym alkoholikiem i wpływu pojawiających się w tym procesie zjawisk na przebieg rozwoju dzieci i młodzieży wciąż pozostaje w sferze teoretycznych spekulacji. Ważne zatem jest uzyskanie odpowiedzi na trzy podstawowe pytania: (1) czy dzieci zdrowiejących alkoholików różnią się od dzieci nieleczących się alkoholików w zakresie poziomu realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania; (2) czy ewentualne różnice w poziomie realizacji zadań rozwojowych można wyjaśnić cechami temperamentu, doświadczeniami życiowymi oraz sprawowaniem funkcji rodzicielskich; (3) czy poziom realizacji zadań rozwojowych okresu dorastania pozostaje w związku ze specyficzną konfiguracją podmiotowych i rodzicielskich czynników ryzyka i ochrony, takich jak cechy temperamentu dziecka, subiektywna ocena doświadczeń życiowych oraz spostrzegane sprawowanie funkcji rodzicielskich.

## Metoda

**Osoby badane.** Osoby badane rekrutowano poprzez placówki leczenia odwykowego, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików oraz pedagogów szkolnych. Procedura badawcza była dwuetapowa. Po zakwalifikowaniu dorastających do badań, uzyskaniu ich zgody i zgody rodziców, przystępowano do badania właściwego.

W badaniach wzięło udział 91 osób w wieku 17-18 lat z trzech grup porównawczych: (1) grupy dzieci pijących alkoholików – 30 dzieci, których ojcowie są uzależnieni od alkoholu i dotychczas nie podejmowali leczenia; (2) grupy dzieci leczących się alkoholików – 31 dzieci, których ojcowie są uzależnieni od alkoholu, utrzymują co najmniej pięcioletni okres abstynencji i regularnie uczestniczą w spotkaniach grup AA oraz (3) grupy kontrolnej – 30 dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego.

Wszystkie grupy badanych charakteryzowały się podobnym rozkładem właściwości socjodemograficznych w zakresie poziomu wykształcenia, liczby rodzeństwa oraz oceny sytuacji materialnej rodziny.

**Pomiar.** Zmienną zależną, tj. osiągnięte zadania rozwojowe, zbadano za pomocą Kwestionariusza Realizacji Zadań Rozwojowych (Grzegorzewska, 2006). W przedstawionym modelu badawczym przyjęto za Havighurstem (1981) następującą definicję zadania rozwojowego: jest to zadanie pojawiające się na danym etapie rozwoju człowieka, którego osiągnięcie daje poczucie zadowolenia, a jego niespełnienie prowadzi do poczucia przegranej i stwarza trudności w realizacji zadań rozwojowych następnego etapu. Z pięciu wyróżnionych przez niego kategorii zadań rozwojowych okresu dorastania wybrano trzy: (1) osiągnięcie niezależności i samodzielności w działaniu (np. zadanie związane z osiągnięciem niezależności emocjonalnej od rodziców, osiągnięcie bezpieczeństwa i niezależności finansowej); (2) nawiązanie i utrzymanie satysfakcjonujących relacji interpersonalnych; (3) planowanie przyszłości (np. zadania związane z wyborem zawodu i przygotowywaniem się do niego, przygotowanie się do małżeństwa i życia rodzinnego). Kryte-



rium wyboru stanowiła ważność danego zadania rozwojowego dla dobrego funkcjonowania w kolejnej fazie rozwoju (wczesna dorosłość). Prawidłowa realizacja wybranych zadań rozwojowych adolescencji stwarza dobrą podstawę do rozpoczęcia samodzielnego życia. Kwestionariusz składa się zatem z 3 skal mierzących podstawowe zadania. Poszczególne skale dotyczą: skala pierwsza – osiągnięcia nowych i bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obojga płci, skala druga – osiągnięcia emocjonalnej niezależności od rodziców oraz skala trzecia – konstruktywnego planowania własnej przyszłości. Kwestionariusz ten wydaje się cechować dobrymi parametrami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności, określone na próbie 120 osób, przybierają wartości z przedziału 0,77-0,92. Trafność testu wykazano metodą sprawdzania różnic międzygrupowych, uzyskując zadowalające rezultaty (Grzegorzewska, 2006).

Wśród zmiennych niezależnych zbadano: cechy temperamentu, doświadczenia życiowe oraz spostrzegane sprawowanie funkcji rodzicielskich.

Do pomiaru cech temperamentu wykorzystano Kwestionariusz Temperamentu *PTS* (Strelau, Zawadzki, 1998). Kwestionariusz składa się z 57 twierdzeń, które tworzą trzy podstawowe skale, którymi są: Siła procesu pobudzenia (SPP), Siła procesu hamowania (SPH) i Ruchliwość procesów nerwowych (RPP). Ponadto określa się równowagę procesów nerwowych ujmowaną jako stosunek siły procesu pobudzenia (SPP) do siły procesu hamowania (SPH). Kwestionariusz posiada satysfakcjonującą zgodność wewnętrzną oraz stabilność (Strelau, Zawadzki, 1998).

Pomiaru doświadczeń życiowych młodzieży dokonano za pomocą Skali doświadczeń życiowych. Jest to narzędzie skonstruowane dla potrzeb prezentowanych badań, służące do pomiaru subiektywnej oceny doświadczeń życiowych. Jest to metoda o charakterze skali porządkowej. Poszczególne pozycje skali odnoszą się do normatywnych i nienormatywnych zdarzeń stresowych oraz związanych z nimi trudności, do zdarzeń pozytywnych, tworzących osobiste zasoby jednostki oraz do zdarzeń ambiwalentnych, które w zależności od subiektywnej oceny mogą być określane jako pozytywne lub negatywne dla doświadczającej ich osoby. Skala zawiera 50 możliwych doświadczeń z czterech obszarów, którymi są: doświadczenia edukacyjne, społeczne rodzinne i pozarodzinne oraz zdarzenia traumatyczne i wyjątkowe. Zadaniem osób badanych jest zaznaczenie zdarzeń, które pamiętają, że wydarzyły się w ich życiu, a ponadto – jeśli odpowiedź jest potwierdzająca – ocena, czy zdarzenie to miało w ich życiu charakter pozytywny czy negatywny oraz wskazanie na umieszczonej obok 5-punktowej skali nasilenia danego zdarzenia, gdzie 1 – oznacza bardzo słabe doświadczenie, 2 – słabe, 3 – doświadczenie o średnim nasileniu, 4 – mocne, 5 – bardzo mocne doświadczenie. Skala doświadczeń życiowych pozwala określić następujące wskaźniki: (a) liczbę pozytywnych i negatywnych doświadczeń zdarzeń, w ocenie subiektywnej badanego oraz (b) nasilenie tych doświadczeń (Grzegorzewska, 2006).

Kwestionariuszu Sprawowania Funkcji Rodzicielskiej (KSFR) to metoda pomocna w określeniu jak dziecko spostrzega swoje relacje z dorosłym (wersja dla dzieci w wieku 14-19 lat). Poszczególne itemy kwestionariusza odnoszą się do myśli, uczuć i zachowań w relacji interpersonalnej rodzic – dziecko. Przedstawiona

metoda oparta jest na teorii uczenia się i na koncepcjach interakcyjno-komunikacyjnych oraz na strukturalnej terapii rodzin. Skala służy bardziej do badania interakcyjnych zachowań między rodzicami i ich dziećmi niż do oceny stylów sprawowania funkcji rodzicielskich. Podczas konstruowania kwestionariusza brano pod uwagę główne wymiary diady: rodzic – dziecko. Na podstawie dokładnej analizy literatury przedmiotu wyodrębniono dwie dymensje jako ważne aspekty sprawowania funkcji rodzicielskiej: więź – dystans emocjonalny oraz kontrola – brak nadzoru. Poszczególne pozycje kwestionariusza dotyczą tych dwóch wymiarów.

Kwestionariusz KSFR jest skalą 5-kategorialną. Dzieci wskazują poprzez wybranie jednej z pięciu kategorii: „nigdy”, „prawie nigdy”, „czasami”, „często”, „bardzo często” jak często rodzice pokazują dane zachowanie lub konkretne uczucia. Niektóre itemy implikują pewną częstotliwość (np. „Rzadko mogę powiedzieć mojemu ojcu...”) albo odnoszą się wprost do uczuć (np.: „Mój ojciec jest ze mnie dumny”). Kategorie odpowiedzi związane z tymi pozycjami są następujące: „tak”, „raczej tak”, „nie wiem”, „raczej nie”, „nie”. Skala więzi składa się z 26 pozycji, natomiast skala kontroli z 25. Kwestionariusz wydaje się cechować dobrymi parametrami psychometrycznymi. Współczynniki rzetelności dla obu podskal, zarówno w wersji dla ojców, jak i dla matek, przybierają wartości z przedziału 0,89-0,97. Trafność testu wykazano metodą sprawdzania różnic międzygrupowych i uzyskano zadowalające rezultaty (Grzegorzewska, 2006).

## Wyniki badań

Przed przystąpieniem do weryfikacji postawionych pytań badawczych sprawdzono, czy istnieją różnice w nasileniu poszczególnych zmiennych zależnych i niezależnych w grupach wyróżnionych ze względu na płeć. Z uwagi na fakt, iż pomiar doświadczeń życiowych ma charakter porządkowy, w odniesieniu do niego zastosowano test Manna-Whitneya<sup>1</sup>. W stosunku do pozostałych zmiennych zastosowano test *t*-Studenta. Okazało się, że w badanych grupach nie wystąpiło zróżnicowanie w zakresie zmiennych niezależnych i zależnych ze względu na płeć, co stanowiło podstawę dla analizy wyników bez podziału na grupę chłopców i dziewcząt.

### Analiza różnic międzygrupowych

**Realizacja zadań rozwojowych.** Między wyróżnionymi grupami młodzieży występują różnice średnich w zakresie wybranych zadań rozwojowych (tabela 1). Istotność różnic między badanymi grupami w zakresie zmiennych opisujących poziom realizacji zadań rozwojowych weryfikowano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji uzupełnionej testami *post hoc* Tukeya.

---

<sup>1</sup> Dokonując obliczeń statystycznych, wykorzystano pakiet statystyczny SPSS v.11.5

Tabela 1. Realizacja zadań rozwojowych – porównania wielokrotne grupy dzieci nieleczących się alkoholików (I), grupy dzieci leczących się alkoholików i grupy kontrolnej (J)

Zmienna zależna	(I) grupa	(J) grupa	Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	Istotność
Zadanie rozwojowe – kontakty z rówieśnikami	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alk.	-1,856	0,866	0,087
		gr. kontrolna	-3,523*	0,866	0,000
	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alk.	1,856	0,866	0,087
Zadanie rozwojowe – osiągnięcie niezależności	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. kontrolna	-1,667	0,873	0,142
	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alk.	-0,154	0,791	0,979
		gr. kontrolna	-2,320*	0,791	0,012
Zadanie rozwojowe – planowanie przyszłości	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alk.	0,154	0,791	0,979
		gr. kontrolna	-2,167*	0,797	0,021
	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alk.	-1,448	0,806	0,177
Ogólny poziom realizacji zadań rozwojowych	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. kontrolna	-2,815*	0,806	0,002
		gr. dzieci nieleczących się alk.	1,448	0,806	0,177
	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. kontrolna	-1,367	0,813	0,218
Ogólny poziom realizacji zadań rozwojowych	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alk.	-3,458	1,893	0,167
		gr. kontrolna	-8,658*	1,893	0,000
	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alk.	3,458	1,893	0,167
	gr. kontrolna	5,200*	1,909	0,021	

\*  $p < 0,05$

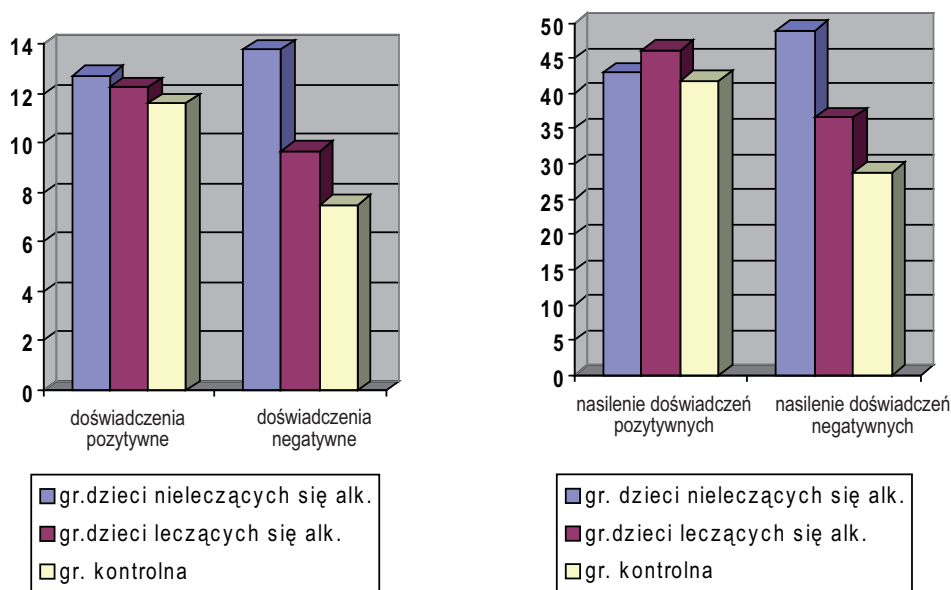
W porównaniu z grupą dzieci z rodzin niealkoholowych (odpowiednio w kolejnych grupach zadań:  $M^1 = 24,20$ ,  $SD = 3,13$ ;  $M^2 = 22,93$ ,  $SD = 2,44$ ;  $M^3 = 21,27$ ,  $SD = 2,82$ ), dzieci pijących alkoholików charakteryzują się istotnie niższym poziomem realizacji wszystkich mierzonych zadań rozwojowych ( $M^1 = 20,68$ ,  $SD = 3,62$ ;  $M^2 = 20,61$ ,  $SD = 3,09$ ;  $M^3 = 18,45$ ,  $SD = 3,33$ ;  $p < 0,05$ ). Natomiast dzieci leczących się alkoholików, w odniesieniu do zadań rozwojowych: planowanie przyszłości ( $M^3 = 19,90$ ,  $SD = 3,2$ ) i kontakty z rówieśnikami ( $M^1 = 22,53$ ,  $SD = 3,36$ ) nie różnią się ani od dzieci pijących alkoholików ( $M^3 = 18,45$ ,  $SD = 3,33$ ;  $M^2 = 20,68$ ,  $SD = 3,62$ ) ani od dzieci z rodzin niealkoholowych ( $M^3 = 21,27$ ,  $SD = 2,82$ ;  $M^1 = 24,20$ ;  $SD = 3,13$ ;



$p > 0,05$ ). W porównaniu z grupą dzieci z rodzin niealkoholowych ( $M^2 = 22,93$ ,  $SD = 2,44$ ) dzieci leczących się alkoholików (podobnie jak dzieci pijących alkoholików –  $M^2 = 20,61$ ,  $SD = 3,09$ ) charakteryzują się istotnie niższym poziomem realizacji zadania: niezależność od rodziców ( $M^2 = 20,77$ ,  $SD = 3,60$ ;  $p < 0,05$ ).

**Cechy temperamentu.** Nieparametryczne testy różnic (średnia ranga i test Kruskala-Wallisa) wskazują, że rozkład cech temperamentu w zakresie siły procesu pobudzenia i hamowania oraz ruchliwości i równowagi procesów nerwowych w badanych grupach jest podobny. Co szczególnie zaskakujące, okazało się, że żadna z uwzględnionych zmiennych temperamentalnych nie różnicuje młodzieży. Badania nie potwierdziły tezy Cloningera (1987) o różnicy cech temperamentu między dziećmi z rodzin alkoholowych a dziećmi z rodzin bez tego problemu.

**Doświadczenia życiowe.** Poziom doświadczeń pozytywnych jest podobny w porównywanych grupach (por. rycina 1). Różnice pojawiły się natomiast w odniesieniu do doświadczeń negatywnych. W obu zmiennych opisujących te doświadczenia różnica okazała się istotna statystycznie. W porównaniu do grupy dzieci z rodzin niealkoholowych ( $R^1 = 34,28$ ;  $R^2 = 34,17$ ), dzieci alkoholików pijących ( $R^1 = 56,31$ ;  $R^2 = 53,16$ ) i leczących się ( $R^1 = 47,07$ ;  $R^2 = 50,43$ ) wykazują znacząco wyższą liczbę i nasilenie negatywnych doświadczeń życiowych ( $\chi^2 = 10,72$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ).



Rycina 1. Poziom doświadczeń życiowych w badanych grupach

**Sprawowanie funkcji rodzicielskich.** Zaprezentowane w tabeli 2 wyniki jednoczynnikowych analiz wariacji uzupełnione testami *post hoc* Tukeya wskazują na

istotne różnice między badanymi grupami w zakresie wyróżnionych wymiarów sprawowania funkcji rodzicielskich.

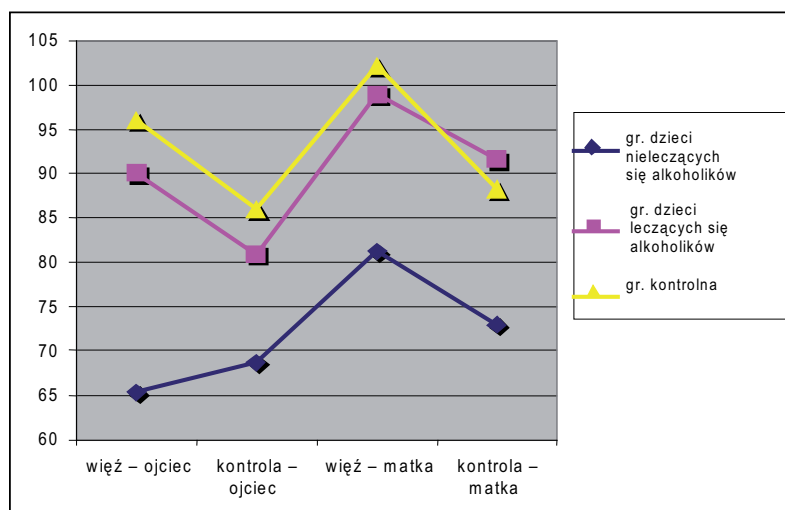
Tabela 2. Sprawowanie funkcji rodzicielskich – porównania wielokrotne grupy dzieci nieleczących się alkoholików (I), grupy dzieci leczących się alkoholików i grupy kontrolnej (J)

Sprawowanie funkcji rodzicielskich	(I) grupa	(J) grupa	Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	
Więź – ojciec	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alkoholików	-24,645*	6,527	0,001	
		gr. kontrolna	-30,678*	6,527	0,000	
	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	24,645*	6,527	0,001	
		gr. kontrolna	-6,033	6,581	0,631	
	gr. kontrolna	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	30,678*	6,527	0,000	
		gr. dzieci leczących się alkoholików	6,033	6,581	0,631	
	Kontrola – ojciec	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alkoholików	-12,159*	5,010	0,045
			gr. kontrolna	-17,092*	5,010	0,003
gr. dzieci leczących się alkoholików		gr. dzieci nieleczących się alkoholików	12,159*	5,010	0,045	
		gr. kontrolna	-4,933	5,050	0,593	
gr. kontrolna		gr. dzieci nieleczących się alkoholików	17,092*	5,010	0,003	
		gr. dzieci leczących się alkoholików	4,933	5,050	0,593	

cd. tabeli 2

Więź – matka	gr. dzieci nie- leczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alkoholików	-17,675*	5,752	0,008
		gr. kontrolna	-20,875*	5,752	0,001
	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	17,675*	5,752	0,008
		gr. kontrolna	-3,200	5,798	0,846
Kontrola – matka	gr. dzieci nie- leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	20,875*	5,752	0,001
		gr. kontrolna	3,200	5,798	0,846
	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci leczących się alkoholików	-18,665*	3,840	0,000
		gr. kontrolna	-15,298*	3,840	0,000
Kontrola – matka	gr. dzieci leczących się alkoholików	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	18,665*	3,840	0,000
		gr. kontrolna	3,367	3,871	0,661
	gr. kontrolna	gr. dzieci nieleczących się alkoholików	15,298*	3,840	0,000
		gr. dzieci leczących się alkoholików	-3,367	3,871	0,661

\*  $p < 0,05$



Rycina 2. Sprawowanie funkcji rodzicielskich w wyróżnionych grupach badanych dzieci

Okazało się, że dzieci nieleczących się alkoholików charakteryzują się najniższymi wynikami w zakresie spostrzeganej więzi i kontroli, zarówno ze strony ojca ( $M^1 = 65,35$ ,  $SD = 26,89$ ;  $M^2 = 68,77$ ,  $SD = 19,32$ ), jak i matki ( $M^1 = 81,26$ ,  $SD = 20,36$ ;  $M^2 = 72,94$ ,  $SD = 15,3$ ;  $p < 0,05$ ). Najgorszy kontakt z dzieckiem w okresie dorastania, w porównaniu z pozostałymi badanymi grupami, mają pijący ojcowie. Ich też charakteryzuje najniższy poziom sprawowanej kontroli i słaba umiejętność utrzymywania konsekwentnej dyscypliny w procesie wychowawczym. Nie stwierdzono natomiast istotnych statystycznie różnic między grupą dzieci leczących się alkoholików ( $M^1 = 90$ ,  $SD = 27,39$ ;  $M^2 = 80,93$ ;  $SD = 21$ ) a grupą kontrolną ( $M^1 = 96,03$ ,  $SD = 21,73$ ;  $M^2 = 85,87$ ,  $SD = 18,25$ ) w zakresie spostrzeganego sprawowania funkcji rodzicielskich przez ojca w wymiarach: więź i kontrola (por. rycina 2). Różnic tych nie stwierdzono też między grupą kontrolną ( $M^1 = 102,13$ ,  $SD = 22,89$ ;  $M^2 = 88,23$ ,  $SD = 15,87$ ) a grupą dzieci leczących się alkoholików ( $M^1 = 98,93$ ,  $SD = 24,92$ ;  $M^2 = 91,6$ ,  $SD = 13,7$ ) w odniesieniu do spostrzeganego sprawowania funkcji rodzicielskich przez matkę.

### Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych

Celem badań była przede wszystkim próba odpowiedzi na pytanie, jakie zmienne warunkują różny stopień realizacji zadań rozwojowych przez dzieci nieleczących się i leczących się rodziców alkoholików.

**Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych w grupie dzieci nieleczących się alkoholików.** Analiza współczynników korelacji  $r$ -Pearsona wskazuje, że

w grupie dzieci nieleczących się alkoholików dla realizacji zadania rozwojowego „kontakty z rówieśnikami” istotne znaczenie mają cechy temperamentu dziecka, takie jak: ruchliwość procesów nerwowych ( $r = 0,31$ ) oraz sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę dziecka w zakresie więzi ( $r = 0,40$ ) i kontroli ( $r = 0,49$ ). Poziom realizacji zadania: „niezależność od rodziców” pozytywnie koreluje z więzią ( $r = 0,33$ ) i kontrolą ( $r = 0,49$ ) sprawowaną przez matkę, natomiast poziom realizacji zadania „planowanie przyszłości” tylko z kontrolą ( $r = 0,42$ ) sprawowaną przez matkę dorastającego (zob. tabela 3).

Tabela 3. Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych – porównanie grupy dzieci nieleczących się alkoholików, grupy dzieci leczących się alkoholików i grupy kontrolnej

Zadania rozwojowe	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa kontrolna
Kontakty z rówieśnikami	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: ruchliwość procesów nerwowych <math>r = 0,31^*</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,40^*</math> i kontrola <math>r = 0,49^*</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: siła procesu hamowania <math>r = 0,45^{**}</math>, ruchliwość <math>r = 0,52^{**}</math> i równowaga <math>r = -0,32^*</math> procesów nerwowych</li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,36^*</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: równowaga procesów nerwowych <math>r = -0,33^*</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: więź <math>r = 0,36^*</math> i kontrola <math>r = 0,44^{**}</math></li> </ul>
Niezależność od rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,33^*</math> i kontrola <math>r = 0,49^*</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: siła procesu hamowania <math>r = 0,54^{**}</math>, ruchliwość <math>r = 0,32^*</math> i równowaga <math>r = -0,32^*</math> procesów nerwowych</li> <li>➤ Doświadczenia życiowe: nasilenie doświadczeń pozytywnych <math>\rho = 0,50^{**}</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: siła procesu hamowania <math>r = 0,35^*</math>, ruchliwość <math>r = 0,32^*</math> i równowaga <math>r = -0,33^*</math> procesów nerwowych</li> <li>➤ Doświadczenia życiowe: nasilenie doświadczeń negatywnych <math>\rho = -0,31^*</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: więź <math>r = 0,57^{**}</math> i kontrola <math>r = 0,52^{**}</math></li> </ul>



cd. tabeli 3

Planowa- nie przy- szłości	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funk- cji rodzicielskich przez matkę: kon- trola <math>r = 0,42^{**}</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamen- tu: siła procesu po- budzenia <math>r = 0,44^{**}</math>, ruchliwość <math>r = 0,44^{**}</math> procesów n.</li> <li>➤ Sprawowanie funk- cji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,46^{**}</math> i kontrola <math>r = 0,67^{**}</math></li> <li>➤ Sprawowanie funk- cji rodzicielskich przez ojca: więź <math>r = 0,35^*</math> i kontrola <math>r = 0,43^{**}</math></li> </ul>	
Ogólny poziom realizacji zadań	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,39^*</math> i kontrola <math>r = 0,59^{**}</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: równowaga procesów nerwowych <math>r = -0,34^*</math></li> <li>➤ Doświadczenia ży- ciowe: nasilenie do- świadczeń pozytyw- nych <math>rho = 0,32^*</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy tempera- mentu: ruchliwość procesów nerwowych <math>r = 0,42^{**}</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: więź <math>r = 0,36^*</math> i kontrola <math>r = 0,31^*</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: więź <math>r = 0,58^{**}</math> i kontrola <math>r = 0,64^{**}</math></li> </ul>

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie)

\*\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie)

Analiza wyników w tabeli 3 wskazuje, że w grupie dzieci pijących alkoholi-  
ków najważniejszym czynnikiem warunkującym pomyślną realizację zadań roz-  
wojowych „niezależność od rodziców” i „planowanie przyszłości” jest kontrola  
sprawowana przez matkę. Natomiast w przypadku „kontaktów z rówieśnikami”,  
przedstawione w tabeli 4 wyniki analizy regresji wielokrotnej wskazują, że zmien-  
na ta jest wyjaśniana przez kontrolę sprawowaną przez matkę ( $\beta = 0,64$ ), siłę pro-  
cesu pobudzenia ( $\beta = 0,35$ ) i więź z ojcem ( $\beta = 0,31$ ). Czynniki te wyjaśniają 41,6%  
wariancji ( $R^2 = 0,41$ ;  $F = 8,11$ ;  $p = 0,001$ ).

Tabela 4. Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych – wyniki analizy regresji wielokrotnej w grupie dzieci nieleczących się alkoholików, grupie dzieci leczących się alkoholików i grupie kontrolnej

Zadania rozwojowe	Grupa dzieci nieleczących się alkoholików	Grupa dzieci leczących się alkoholików	Grupa kontrolna
Kontakty z rówieśnikami	$R^2 = 0,41$ $F = 8,11; p = 0,001$ <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: kontrola <math>\beta = 0,64</math></li> <li>➤ Cechy temperamentu: siła procesu pobudzenia <math>\beta = 0,35</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: więź <math>\beta = 0,31</math></li> </ul>	$R^2 = 0,36$ $F = 9,42; p = 0,001$ <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: ruchliwość <math>\beta = 0,55</math> i równowaga <math>\beta = -0,36</math> procesów nerwowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: kontrola patrz tabela 3</li> </ul>
	Niezależność od rodziców	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: kontrola patrz tabela 3</li> </ul>	$R^2 = 0,54$ $F = 12,59; p = 0,000$ <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: siła procesu hamowania <math>\beta = 0,49</math></li> <li>➤ Doświadczenie życiowe: nasilenie doświadczeń pozytywnych <math>\beta = 0,46</math></li> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: kontrola <math>\beta = -0,31</math></li> </ul>
Planowanie przyszłości		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: kontrola patrz tabela 3</li> </ul>	$R^2 = 0,40$ $F = 10,84; p = 0,000$ <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cechy temperamentu: ruchliwość procesów nerwowych <math>\beta = 0,44</math> i siła procesu hamowania <math>\beta = 0,35</math></li> </ul>

cd. tabeli 4

Ogólny poziom realizacji zadań	➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę: kontrola patrz tabela 3	$R^2 = 0,53$ $F = 17,73; p = 0,000$	$R^2 = 0,45$ $F = 13,30; p = 0,000$
		➤ Cechy temperamentu: siła procesu hamowania $\beta = 0,49$ i ruchliwość procesów nerwowych $\beta = 0,40$	➤ Sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca: kontrola $\beta = 0,57$ ➤ Cechy temperamentu: ruchliwość procesów nerwowych $\beta = 0,29$

**Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych w grupie dzieci leczących się alkoholików.** Analiza współczynników  $r$ -Pearsona wskazuje, że w grupie dzieci leczących się alkoholików istnieją pozytywne związki między zadaniem rozwojowym „kontakty z rówieśnikami” a cechami temperamentu dziecka: siłą procesu hamowania ( $r = 0,45$ ), ruchliwością ( $r = 0,52$ ) i równowagą ( $r = 0,32$ ) procesów nerwowych oraz sprawowaniem funkcji rodzicielskich przez matkę w zakresie więzi ( $r = 0,36$ ). W odniesieniu do zadania „niezależność od rodziców” uzyskane współczynniki korelacji wskazują na istnienie związku między tym zadaniem a cechami temperamentu dorastających: siłą procesu hamowania ( $r = 0,54$ ), ruchliwością ( $r = 0,32$ ) i równowagą ( $r = 0,32$ ) procesów nerwowych oraz nasileniem pozytywnych doświadczeń życiowych ( $\rho = 0,50$ ). Analiza danych przedstawionych w tabeli 4 pozwala uznać, że w grupie dzieci leczących się alkoholików do najważniejszych predyktorów zadań „kontakty z rówieśnikami” i „planowanie przyszłości” zaliczyć można cechy temperamentu dziecka, które wyjaśniają około 40% wariacji ( $R^2 = 0,40; p = 0,000$ ) zróżnicowania poziomu realizacji tych zadań rozwojowych. W odniesieniu do zadania rozwojowego „niezależność od rodziców” istotne znaczenie można przypisać sile procesu hamowania ( $\beta = 0,49$ ), wielkości pozytywnych doświadczeń życiowych ( $\beta = 0,46$ ) oraz niskiemu poziomowi kontroli sprawowanej przez matkę ( $\beta = -0,31$ ) ( $R^2 = 0,54, p = 0,000$ ).

**Uwarunkowania realizacji zadań rozwojowych w grupie kontrolnej.** Analiza współczynników  $r$ -Pearsona wskazuje, że w grupie kontrolnej z realizacją zadań rozwojowych okresu adolescencji pozytywnie korelują cechy temperamentu dziecka: siła procesu pobudzenia ( $r = 0,44$ ) i hamowania ( $r = 0,35$ ) oraz ruchliwość ( $r = 0,35$ ) i równowaga ( $r = 0,33$ ) procesów nerwowych, a także sprawowanie funkcji rodzicielskich przez ojca w zakresie więzi ( $r = 0,57$ ) i kontroli ( $r = 0,55$ ). Dodatkowo, dla realizacji zadania „planowanie przyszłości” istotne znaczenie ma więź ( $r = 0,46$ ) i kontrola ( $r = 0,67$ ) sprawowana przez matkę dorastających, natomiast zadanie „niezależność od rodziców” dodatkowo negatywnie koreluje z nasileniem negatywnych doświadczeń życiowych ( $\rho = -0,31$ ). Wyniki analizy regresji wielokrotnej

wskazują, że w grupie kontrolnej istotne znaczenie dla poziomu realizacji zadań rozwojowych mają jakość sprawowania funkcji rodzicielskich przez matkę i ojca dziecka, które wyjaśniają łącznie około 46% wariacji ( $R^2 = 0,45$ ;  $F = 17,7$ ;  $p = 0,000$ )

### Podsumowanie i dyskusja

Psychologia, jak i psychopatologia rozwojowa dowodzą, że poziom realizacji zadań rozwojowych w cyklu życia jest istotnym predyktorem zdrowia psychicznego, a także zaburzeń zachowania i problemów psychicznych w cyklu życia jednostki (Newcomb, 1996; Cichetti, Rogosch, 2002; Windle, Davies, 2003). Opisanie specyficznej konfiguracji czynników ryzyka i zasobów wpływających na punktualne *versus* niepunktualne osiągnięcie zadań rozwojowych, zwłaszcza w grupie dzieci alkoholików stało się ogromnym wyzwaniem dla badaczy. Założono, że podjęcie leczenia przez uzależnionego rodzica zmienia warunki rozwoju dzieci w rodzinie, a stan ten można uznać za potencjalny czynnik ryzyka lub ochrony ze względu na możliwość wystąpienia zarówno pozytywnych, jak i negatywnych zmian w sprawowaniu funkcji rodzicielskich przez matkę i ojca (Cierpiąłkowska, 1997). Otrzymane rezultaty do pewnego stopnia pozwalają na określenie uwarunkowań poziomu realizacji zadań rozwojowych przez dzieci leczących się i pijących alkoholików w kontekście grupy porównawczej.

Analiza wyników badań przeprowadzonych na trzech grupach: dzieci pijących alkoholików, dzieci leczących się powyżej pięciu lat w grupach AA alkoholików oraz dzieci z rodzin niealkoholowych pozwala na sformułowanie trzech ogólnych wniosków. Po pierwsze dzieci zdrowiejących alkoholików realizują zadania rozwojowe typu: nawiązywanie bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obu płci oraz planowanie przyszłości, na podobnym poziomie, jak dzieci ojców pijących i dzieci z grupy kontrolnej. Należy dodać, że najniższy poziom realizacji zadań reprezentują adolescenty ojców pijących. Po drugie dzieci leczących się alkoholików podobnie spostrzegają jakość sprawowania funkcji rodzicielskich, jak dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. W końcu, podobne czynniki podmiotowe i rodzinne warunkują poziom realizacji zadań rozwojowych przez dzieci pijących i leczących się ponad pięć lat ojców.

Odmienne rezultaty uzyskano w ocenie poziomu realizacji zadania „osiągnięcie niezależności od rodziców”. Zaskakujące było to, że dzieci z rodzin alkoholowych, niezależnie od tego, czy uzależniony ojciec pije czy utrzymuje abstynencję, wykazują niską aktywność w zakresie osiągania samodzielności i niezależności od rodziców. Nasuwa się kilka możliwych, niewykluczających się wzajemnie, interpretacji tego faktu. Może to być związane z tym, że dążenie młodzieży do niezależności nie spotyka się ze wsparciem rodziców, zazwyczaj nadopiekuńczych matek i dopiero co angażujących się w wychowanie ojców. Niewykluczone też, że abstynencja i podjęcie leczenia przez uzależnionego stwarza nową sytuację w rodzinie. Dzieci nareszcie mogą nacieszyć się emocjonalną dostępnością i obecnością rodziców oraz „odrobić zaległości” w byciu dzieckiem, co nie sprzyja podejmowaniu aktywności związanej z usamodzielnianiem się i dążeniem do niezależności. W końcu, jak już wcześniej wspomniano, trudności z podejmowaniem zadań związanych z niez-

leżnością od rodziców mogą wynikać ze zjawiska współzależnienia, które dotyka również dzieci alkoholików i utrudnia im proces samodzielnego wchodzenia w dorosłość (wiąże się to przede wszystkim z lękiem i zaburzeniami granic Ja-inni w kontaktach interpersonalnych) (por. Connell, Goodman, 2002; Margasiński, 2010).

Porównanie uwarunkowań realizacji zadań rozwojowych w rodzinach z pijącym i leczącym się ojcem alkoholikiem oraz w rodzinach bez problemu alkoholowego wskazuje, że przyjęte założenie o wpływie specyfiki środowiska rodzinnego na przebieg rozwoju zostało potwierdzone empirycznie. Okazało się, że w każdej grupie badanych ujawnia się inny układ zmiennych wpływających na osiąganie zadań rozwojowych. Na podstawie otrzymanych rezultatów zdołano wyszczególnić następujące czynniki facylitujące realizację zadań rozwojowych: (1) w grupie dzieci pijących alkoholików jest to sprawowanie funkcji rodzicielskich przez matkę dziecka – wysoki poziom więzi i kontroli; (2) w grupie dzieci leczących się alkoholików – cechy temperamentu dorastających, tj. duża siła procesu hamowania, ruchliwość i równowaga procesów nerwowych oraz duże nasilenie pozytywnych doświadczeń życiowych, (3) w grupie dzieci z rodzin niealkoholowych są to cechy temperamentu: duża siła procesu pobudzenia i hamowania, ruchliwość i równowaga procesów nerwowych oraz sprawowanie funkcji rodzicielskich przez obojga rodziców – wysoki poziom więzi i kontroli. Czynnikiem hamującym realizację zadania – niezależność od rodziców w grupie dzieci leczących się alkoholików okazał się wysoki poziom kontroli sprawowanej przez matkę, natomiast w grupie dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego – duże nasilenie negatywnych doświadczeń życiowych. Warto podkreślić fakt, że w polskich badaniach porównawczych nie potwierdzają się wyniki badań Cloningera (1987) czy Zuckermana wraz z Cloningerem (1996) o różnicy cech temperamentu między chłopcami ojców alkoholików i niealkoholików.

Otrzymane wyniki w zasadzie nie są zgodne z oczekiwaniami. Co prawda nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie realizacji zadań rozwojowych między dziećmi leczącymi się alkoholików i dziećmi z rodzin niealkoholowych, ale jednocześnie brak było różnic między dziećmi leczącymi się alkoholików a dziećmi pijących alkoholików. Pomimo tego, że ojciec utrzymuje abstynencję od pięciu lat, a jego osoba ma szczególne znaczenie w osiąganiu zadań rozwojowych okresu adolescencji (zob. przegląd badań: Connell, Goodman, 2002), to nie zaobserwowano jego wpływu na poziom osiąganych zadań rozwojowych. Brak pozytywnych zależności między sprawowaniem funkcji rodzicielskich a realizacją zadań rozwojowych przez dzieci leczących się alkoholików wskazuje, że w tych rodzinach odbudowanie zerwanych więzi rodziców z dzieckiem to bardzo powolny proces. Mimo podejmowania aktywnych prób powrotu do pełnienia funkcji rodzicielskich w rodzinach z trzeźwiejącym alkoholikiem, rola rodziców w osiąganiu przez dzieci zadań rozwojowych jest spostrzegana jako mniej znacząca, w porównaniu do rodzin bez problemu alkoholowego.

Poziom realizacji zadań rozwojowych pozostaje w ścisłym związku z ekstermalizacją i internalizacją problemów oraz z pojawiającymi się w przyszłości proble-



mami uzależnień (Kim, Hetherington, Reiss, 1999). Wykazane prawidłowości mogą być istotne dla rozumienia przebiegu rozwoju i procesu adaptacji dzieci w rodzinach alkoholowych oraz zasługują na uwzględnienie szczególnie w programach skoncentrowanych na przeciwdziałaniu zaburzeń psychospołecznych u młodzieży. Spojrzenie na problemy rodziny z perspektywy leczenia ojca-alkoholika pozwala na docenienie znaczenia czynników chroniących, zasobów i możliwości, jakie tkwią w jednostce i jej rodzinie. Wskazuje również na konieczność wzmocnienia rodzin z dziećmi w okresie adolescencji pod kątem podnoszenia jakości oddziaływań wychowawczych. W świetle prezentowanych badań okazało się bowiem, że proces kształtowania się własnej tożsamości przez adolescentów stawia nowe wyzwania przed rodzicami, którzy muszą prezentować metody wychowawcze cechujące się konsekwencją w egzekwowaniu dyscypliny i wysokim poziomem udzielanego wsparcia. Dalsze badania powinny skupiać się na poszukiwaniu związków między poziomem realizacji zadań rozwojowych a eksternalizacją i internalizacją problemów w rodzinach z pijącym i leczącym się rodzicem alkoholikiem.

Przedstawione badania mają niewątpliwie swoje ograniczenia w zakresie trafności zewnętrznej. Wynikają one przede wszystkim z przyjętej procedury (badania poprzeczne, a nie podłużne), stosunkowo niewielkiej liczby i doboru badanych (badano tylko dzieci ojców z grup samopomocy Anonimowych Alkoholików). Niemniej jednak, zważywszy na eksploracyjny model prezentowanych badań, można mieć nadzieję, że uzyskane wyniki będą stanowić inspirację do dalszych poszukiwań. Przede wszystkim jednak weryfikują, może nie do końca głośno wypowiedziane pozytywne oczekiwania, co do wpływu zdrowiejącego (w grupach Anonimowych Alkoholików) ojca-alkoholika na poziom zadań rozwojowych realizowanych przez jego dorastające dzieci.

### Literatura cytowana

- Achenbach, T.M. (1982). Assessment and taxonomy of children's behavior disorders. W: B. Lahey, A.E. Kazdin (red.), *Advances in clinical psychology* (t. 5, s. 2-38). New York: Plenum Press.
- Achenbach, T.M. (1987). What is „developmental“ about developmental psychology? W: J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, S. Weintraub (red.), *Risk and protective factors in the development of psychology* (s. 29-48). Cambridge: University Press.
- Ackerman, R.J. (1983). *Children of alcoholics*. New York: Simon & Schuster.
- Bee, H. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i Spółka.
- Beletsis, S., Brown, S. (1981). A developmental framework for understanding the children of alcoholics. Focus on women. *Journal of Health and the Addictions*, 2 (winter), 1-32.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. (1988). Deliberate family process: A strategy for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 821-829.
- Brown, S. (1990). *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: PZWL.

- Brzezińska, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Chassin, L., Rogosch, F., Barrera, M.Jr. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 449-463.
- Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review, 13*, 471-502.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1, 6-19.
- Cierpiątkowska, L. (1994). *Alcoholism. Self-Help Groups and Professional Therapy* (vol. 5). Series in Behavioral Sciences. Poznań-Warszawa-Rotterdam: Delft Eburon.
- Cierpiątkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Matężństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiątkowska, L. (2005). *Dzieci z grup wysokiego ryzyka – perspektywa transakcyjnej psychopatologii rozwojowej*. II Poznańskie Forum Trzeźwości (materiały niepublikowane).
- Cierpiątkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science, 236*, 410-416.
- Collins, R.L. (1990). Family treatment of alcohol abuse: Behavioral and systems perspectives. W: R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles (red.), *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives* (s. 285-308). New York: Guilford Press.
- Connell, A.M., Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128*, 5, 746-767.
- Eiden, R.D., Colder, C., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2009). A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 23* (1), 36-46.
- Eiden, R.D., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2007). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Developmental Psychology, 43*, 1187-1201.
- Ellis, D., Zucker, R., Fitzgerald, H. (2000). Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a Zdrowie, 26*, 91-111.
- Eurobarometr (2007), *Raport: Postawy wobec alkoholu*, Specjalny Eurobarometr 272, Komisja Europejska, marzec 2007.
- Fitzgerald, H.E., Davies, W.H., Zucker, R.A. (2002). Growing up in an alcoholic family: Structuring pathways for risk aggregation and theory-driven intervention.

- W: R.J. McMahon, R.D. Peters (red.), *The effects of parental dysfunction on children* (s. 127-146). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Grzegorzewska, I. (2006). *Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci leczących się alkoholików*. Poznań: UAM (niepublikowana praca doktorska).
- Havighurst, R.I. (1948/1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Jacob, T., Johnson, S. (2000). Styl sprawowania funkcji rodzicielskich a nasilenie problemów alkoholowych. *Alkohol a Zdrowie*, 26, 56-71.
- Jacob, T., Leonard, K. (1994). Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse. W: R.A. Zucker, G.M. Boyd, J. Howard (red.), *Development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk* (s. 123-155). NIAAA Research Monograph No. 26, NIH Pub. No. 94-3495. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Johnson, J.L., Rolf, J.E. (1988). Cognitive functioning in children from alcoholic and non-alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 83, 849-857.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and non-alcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 127-136.
- Kim, J.E., Hetherington, E.M., Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents' externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development*, 70, 1209-1230.
- Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Morehouse, E., Richards, T. (1982). An examination of dysfunctional latency age children of alcoholic parents and problems in intervention. *Journal of Children in Contemporary Society*, 15, 21-33.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Obot, I.S., Anthony, J.C. (2004). Mental health problems in adolescent children of alcohol dependent parents: Epidemiologic research with a nationally representative sample. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 13, 4, 83-96.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Robinson, B.E., Woodside, M. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Rolf, J.E., Johnson, J.L., Israel, E., Balwin, J., Chandra, A. (1988). Depressive affects in school-aged children of alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83, 841-848.
- Sher, K.J., Trull, T.J., Bartholow, B.D., Vieth, A. (2003). Osobowość a alkoholizm: teorie, metody, procesy etiologiczne. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 77-132). Warszawa: PARPA.
- Sheridan, M.J., Green, R.G. (1993). Family dynamics and individual characteristics of adult children of alcoholics: An empirical analysis. *Journal of Social Service Research*, 17, 73-79.
- Steinglass, P., Wolin, S., Bennett, L., Reiss, D. (1993). *The alcoholic family* (wyd. II). New York: Basic Books.

- Strelau, J., Zawadzki, B. (1998). *Kwestionariusz Temperamentu PTS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Wegscheider-Cruse, S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Windle, M., Davies, P.T. (2003). Teoria rozwojowa i związane z nią badania. W: K.E. Leonard, H.T. Blane (red.), *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych* (s. 209-254). Warszawa: PARPA.
- Wong, M.M., Nigg, J.T., Zucker, R.A., Puttler, L.I., Fitzgerald, H.E., Jester, J.M., Glass, J.M., Adams, K. (2006). Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: a prospective study from preschool to adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016-1033.
- Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Refior, S.K., Puttler, L.I., Pallas, D.M., Ellis, D.A. (2000) The clinical and social ecology of childhood for children of alcoholics: Description of a study and implications for a differentiated social policy. W: H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, B.S. Zuckerman (red.), *Children of addiction: Research, health, and policy issues* (s. 1-30). New York: Garland Press.
- Zuckerman, M., Cloninger, C.R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. *Personality and Individual Differences*, 21, 283-285.