

prof. UKSW, dr hab. Maria Ryś
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
Warszawa

Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików

Problematyka dotycząca skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym staje się coraz częściej przedmiotem różnego typu badań i analiz. Jednak w tym zakresie wciąż jest jeszcze wiele niewyjaśnionych kwestii.

Podstawowym celem analiz zawartych w ramach tego opracowania jest uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Czy fakt wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym u każdego powoduje bolesne skutki odczuwane w dorosłym życiu? A jeśli nie wszystkie osoby wychowywane w tego typu rodzinach odczuwają konsekwencje, to co na to ma zasadniczy wpływ? W ramach badań podjęto także próbę odpowiedzi na pytanie – dotyczące zależności pomiędzy rolami pełnionymi w rodzinie z problemem alkoholowym a poczuciem własnej wartości Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) oraz ich relacjami z najbliższymi osobami.

I. Teoretyczne podstawy badań

1. Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna

Rodzina, która nie spełnia prawidłowo swoich funkcji staje się rodziną dysfunkcyjną¹.

M. Ziemska (1975, s. 35-40) określa rodzinę mianem dysfunkcyjnej, gdy nie spełnia ona należycie swych zadań zarówno względem społeczeństwa (a więc funkcji prokreacyjnej, usługowo-opiekuńczej, socjalizacyjnej, psycho-higienicznej), jak i wobec swych członków (funkcji ekonomicznej, zaspokojenia potrzeb bytowych i opiekuńczych, czy emocjonalnych).

Rodzina dysfunkcyjna to rodzina o nieprawidłowych relacjach, takich, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie systemu rodzinnego. Często w rodzinach

¹ Zagadnienie to było przedmiotem analiz m.in: Black (1981; 1989, 1993); Bradshaw (1997); Cermak, Rutzky (1998); Iwaniec, Sneddon, Monteith (2002); Jona (1997); Kmiecik-Baran (1998, 2000); Kobiąka, Strzemięczny (1988); Krawczyk-Bocian, 2005; Kucińska (2002a-c, 2003); Lipowska-Teutch (1992, 1998); Marczak (1998); Mellibruda (1995, 1997a-b, 1999); Miller, Tuchfeld (1990); Niebrzydowski (1999); Ochmański (1985ab); Pacewicz (1992, 1994); Robinson (1998); Robinson, Rhoden (2003); Robinson, Woodside (1998); Ryś (2007, Ryś i Wódz (2003); Sobolewska (1992, 1997); Sztajner (1994); Sztander (1993, 2003); Woydyło (1993;1998).

tego typu przyjmowane normy i pełnione role nie zostały wyraźnie nakreślone i zaakceptowane, a także kontakty z otoczeniem często nie są prawidłowe (por. np. Ryś, 2001; Woronowicz, 2001).

Bradshaw (1994, s. 59) uważa, że rodzina dysfunkcyjna to taka, która nie spełnia swoich zadań, do których należy zabezpieczenie przetrwania i rozwoju swoim członkom, zaspokojenie potrzeb emocjonalnych swoich członków, znalezienie równowagi pomiędzy autonomią a zależnością, nauka zachowań społecznych i seksualnych, zapewnienie rozwoju i wzrostu wszystkich jej członków, rozwinięcie poczucia własnego „ja”, funkcje socjalizacyjne.

Rodziny dysfunkcyjne nie wykonują należycie swoich obowiązków wobec dzieci. Należą do nich rodziny rozbite, rodziny, w których występują bardzo poważne konflikty rzutujące na rozwój psychiczny dzieci, rodziny, w których członkowie popełniają przestępstwa, uprawiają prostytutkę lub są poważnie chore fizycznie lub psychicznie, a także rodziny, w których nadużywa się alkoholu (Jarosz, 1982, s. 153).

Rodzina z problemem alkoholowym to „rodzina, w której ktoś pije w sposób nadmierny, destrukcyjny lub niekontrolowany” (Sztander, 1995, s. 42). Rodzinę taką ujmuje się jako dysfunkcyjny system wewnątrzrodzinny, zaburzony układ, w którym picie jednego członka jest integralną częścią tego systemu. Alkoholizm osoby uzależnionej staje się punktem odniesienia dla przeżyć, nastawień, zachowań i procesów występujących w rodzinie. Osoba pijąca w rodzinie w sposób destrukcyjny dostarcza innym problemów życiowych, finansowych i uczuciowych, tak więc cała rodzina boryka się z szeroko rozumianym „problemem alkoholowym”².

Choroba alkoholowa wpływa na cały system rodziny kształtując wzajemne oddziaływania, które mogą wzmacniać „alkoholowy tryb życia”. Tak więc rodzina z problemem alkoholowym to rodzina, w której podstawowe funkcje rodzicielskie i małżeńskie zostają naruszone, zaburzeniu ulegają procesy socjalizacyjne i sfera procesów emocjonalnych, a zamiast wzorów zachowań społecznie pożądanых rodzina z problemem alkoholowym dostarcza wzorów zachowań aspołecznych bądź wprost przestępczych (Pacewicz, 1994, s. 15).

Niepijący członkowie rodziny często podejmują działania służące zachowaniu równowagi systemu rodzinnego. Ich działania mogą podtrzymywać picie oraz wpływać na wykształcenie się u nich różnorodnych strategii radzenia sobie z trudną sytuacją. W systemie rodzinnym mogą wytworzyć się różnorodne rodzaje przystosowań do aktualnej sytuacji (Kłodecki, 1990, s. 84). W rodzinie tej działają mechanizmy służące scalaniu rodziny, integracji systemu rodzinnego. Bardzo często jest to proces pseudointegracji (por. np. Ryś, 1998b, 2003).

Pseudointegracji służy przede wszystkim negowanie istniejących problemów, co uniemożliwia poszukiwanie ich rozwiązania. Zaprzecza się tu spostrzeżeniom, myślom, dążeniom i wyobrażeniom, uczuciom, szczególnie tym negatywnym, takim jak lęk,

² Problematykę tę poruszają m.in.: Ackerman (1983, 1987, 1989, 2000); Borzucka_Sitkiewicz (2006), DiCicco i In. (1984), Farmer (1989), Keltner, McIntyre, Gee (1986), Kłodecki (2000), Kowaluk (1998); Ledwoch (1993), Maciejewska (1989), Margasiński (1995); Marynowicz-Hetka (1989); Mościcka (1991), Mullender, Morley (1994), Niebrzydowski (1999); Ochmański (1985, 2001); Pawłowska (1996, 1997); Pielka (1986); Płeczkan (1998), Pohorecka (1997); Ryś (2002, 2003, 2007, 2011); Straus (1979); Śledzianowski (1998); Sztander (1995); Tchorzewski (1998); Zielińska (1998), Żak (2006).

samotność, smutek, zranienie, odrzucenie. Osoby żyjące w takiej rodzinie mają skłonności do kontrolowania wszystkich interakcji, uczuć i zachowań innych. Kontrola ta jest ważną strategią obronną przed wstydem, z którym musi się borykać rodzina dysfunkcyjna. Zapewnia ona w jakimś stopniu poczucie bezpieczeństwa, daje poczucie pewnego rodzaju władzy, czy możliwości przewidywania zdarzeń. Jednak efektem tego typu kontroli jest usztywnienie ról i utrata spontaniczności (Bradshaw, 1994).

1.1. Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym

Analizując funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym wskazuje się najczęściej na jej działania w kilku sferach: rodzina ta jest zamknięta, jej członkowie żyją w izolacji od świata zewnętrznego, bez bliskich kontaktów towarzyskich, przyjaźni, bądź też kontakty te są powierzchowne, konwencjonalne, dominują w nich pozory, brak prawdziwych uczuć, nieszczerłość oraz niezdolność do zwracania się o pomoc; rodzina z problemem alkoholowym żyje w zakłamaniu, braku szczerości i mówienia prawdy o problemach nękających członków rodziny, fałszując i zniekształcając rzeczywistość; w rodzinie tej brakuje wzajemności, czyli albo nikt nikomu nie pomaga, każdy jest skoncentrowany na sobie, a problemy innych członków są ignorowane, lub też stosunki oparte są na nadopiekuńczości jednych wobec drugich.

Obszary życia rodzinnego, które są szczególnie zagrożone z problemu alkoholowego to:

- *Życie uczuciowe.* Alkohol niszczy życie uczuciowe rodziny. Członkowie rodziny przeżywają ciągły lęk i poczucie zagrożenia. Towarzyszy im także złość, gniew i wstyd, a także poczucie krzywdy i poczucie winy.
- *Oparcie i wzajemna pomoc.* W rodzinie z problemem alkoholowym brak jest źródeł oparcia i wzajemnej pomocy. Życie rodzinne jest źródłem największych problemów, także w zewnętrznym środowisku społecznym i największym obciążeniem dla poszczególnych jednostek.
- *Kontakt i zrozumienie.* W rodzinie alkoholowej obserwuje się ciągłe udawanie, pojawia się wiele kłamstw i manipulacji, co prowadzi do zubożenia kontaktów i braku wzajemnego zrozumienia członków rodziny.
- *Kontakty ze światem zewnętrznym.* Rodzina z problemem alkoholowym zamyka się w swojej tragedii i cierpieniu, odizolowuje się od zewnętrznego świata i innych ludzi. Wynika to z uczucia wstydu, poczucia winy i społecznych stereotypów dotyczących postaw wobec alkoholika i jego rodziny.
- *Zasoby materialne.* W rodzinach alkoholowych często występują trudności finansowe o różnym wymiarze (Mellibruda, 1999).

Rodzinę dysfunkcyjną cechuje sztywny podział ról, nieadekwatne widzenie świata i danych zachowań, które obowiązują nawet wtedy, gdy nie ma już potrzeby kierowania się wyuczonymi, obronnymi reakcjami (Woydyłło, 1990, s. 77-80).

Charakterystyczną cechą źle funkcjonującego systemu rodzinnego są nieprawidłowe granice między jego członkami. W przeciwieństwie do prawidłowej rodziny, gdzie granice są elastyczne i każdy członek rodziny ma prawo i przestrzeń do intymności, w systemie dysfunkcyjnym granice między osobami są albo przekroczone, zachodzące na siebie, albo sztywne i nieprzepuszczalne. W obu wypadkach niemożliwa

jest intymność i tworzenie prawidłowych więzi. Członkowie rodziny są sobie obcy, czują się samotni i opuszczeni, nikt nie jest w kontakcie ze swoimi prawdziwymi uczuciami (Mellody, 1993, s. 27-36).

W rodzinach dysfunkcyjnych nie występuje prawidłowa komunikacja pomiędzy jej członkami. Osoby pomijają wszelkie problemy milczeniem, mimo, iż są one oczywiste. „Martwe pole” związane z problemami rodziny, o których wszyscy wiedzą, lecz nikt o nich nie mówi, uniemożliwia otwartą i szczerą wymianę myśli, stąd osoby w takiej rodzinie często czują się osamotnione (Sztander, 1993).

Zdaniem J. Conwaya (1997) rodziny dysfunkcyjne charakteryzują się niezdolnością wyrażania uczuć, cieszenia się, skłonnością do emocjonalnego znęcania się, sztywnością zasad, perfekcjonizmem. Rodziny te nie podejmują z nikim spoza własnego grona tematyki dotyczącej istotnych problemów w ich życiu, nie potrafią rozwiązywać bolesnych konfliktów międzyludzkich.

Rodziny dysfunkcyjne bardziej poszukują bezpieczeństwa, niż satysfakcji z własnych działań. Ich członkowie tłumią emocje, zaprzeczają im lub wyrażają je w złagodzonej formie, przyjmując założenie, że konfrontacja emocjonalna, wyrażanie nieprzyjemnych uczuć może doprowadzić do chaosu w rodzinie. Autentyczne uczucia nie są dobrze rozpoznane, nie są też wyrażane. Członkowie takiej rodziny nie potrafią także dobrze kontaktować się z własnymi wewnętrznymi doświadczeniami. Stąd też w ich sposobie porozumiewania się można znaleźć wiele niespójności komunikatów werbalnych (wypowiadanych słów) z przekazami niewerbalnymi (gestami, miną). Reguły, którymi kierują się rodziny zaburzone, są zbyt sztywne lub niejawne (Tryjarska, 1994).

W rodzinach zaburzonych, dysfunkcyjnych komunikacja może służyć wzajemnemu obniżaniu poczucia wartości osobowej, a sposób komunikowania się często opiera się na domysłach. Pragnienia i oskarżenia nie są wygłaszane wprost, mogą natomiast występować paradoksalne nakazy (np. *bądź bardziej dominujący, bądź spontaniczny, powinieneś być bardziej pewny siebie*) (Budzyna-Dawidowski, 1994).

A. Dodziuk i W. Kamecki (1994, s. 106), jako charakterystyczne wymieniają następujące cechy rodziny z problemem alkoholowym: chaos, nieustanny stres, dezorganizacja życia rodziny i co za tym idzie – brak poczucia bezpieczeństwa; koncentracja wszystkich członków rodziny na osobie pijącej, a jednocześnie ukrywanie alkoholizmu przed otoczeniem oraz w efekcie izolacja od niego; zaniedbywanie własnych potrzeb przez niepijących członków rodziny, przejmowanie obowiązków pijącego przez nich, zmiana pierwotnych, naturalnych ról w rodzinie; liczne i gwałtowne konflikty; „zamrożenie” uczuć własnych.

1.2. Reguły i zasady życia w systemie rodzinnym z problemem alkoholowym

W rodzinie alkoholowej przyjmowane są trzy podstawowe zasady: „*nie mów*”, „*nie czuj*” i „*nie ufaj*” (por. np. Bradshaw, 1994; Gaś, 1994; Sztajner, 1994; Sztander, 2003; Woronowicz, 2001).

Zasada „*nie mów*” jest silnym przekazem często niewyrażanym werbalnie. Członkowie dysfunkcyjnej rodziny unikają rozmowy o nurtujących ich problemach. Jest to próba omijania przykrych uczuć, poczucia winy, smutku, „*nie rozdrapywania*”

psychicznych ran. Z czasem niemożliwa staje się jakakolwiek rozmowa, która dotykałaby bolesnej sytuacji rodzinnej. Zmowa milczenia dotyczy także rozmów z osobami spoza rodziny. Dzieci milczeniem bronią tajemnic rodziny w nadziei, że będzie lepiej, że coś się zmieni, robią to również ze wstydu (Sztander, 2003, s. 13n). Zasada „*nie mów*” nakazuje ukrywanie alkoholowego problemu w rodzinie oraz obejmuje zakaz mówienia o tym, co się w niej dzieje. Dotyczy to również ukrywania swoich przeżyć i doświadczeń. Zakaz ten obejmuje zarówno członków własnej rodziny („*aby nie przysparzać zmartwień i nie nasilać kryzysu rodziny*”), jak i otoczenia („*nikogo to nie obchodzi, to tylko nasza sprawa*”). Zasada ta pociąga za sobą niekorzystne dla rodziny skutki: członkowie rodziny nie komunikują się wzajemnie, nie mogą sobie pomóc, nie wiedzą, co czują i myślą inne osoby. Także otoczenie nie ma możliwości udzielenia pomocy, szczególnie w początkowej fazie, gdy problem nie jest jeszcze zaawansowany (Sztajner, 1994, s. 5).

Osoby stosujące zasadę „*nie czuj*” dążą do wyeliminowania emocji. Przesłaniem jej jest niezagłębianie się, niepoddawanie się i niekierowanie swoimi emocjami (w myśl stwierdzenia „*trzeba być twardym*” czy „*nie należy zastanawiać się nad tym, co się odczuwa i dlaczego oraz jakie mogą być tego konsekwencje*”). Członkowie rodziny dążą do stłumienia prawdziwych uczuć. Tłumienie własnych emocji prowadzi do utraty prawdy o swoim życiu emocjonalnym (Bradshaw, 1994, s. 95-97). Dochodzi do zafałszowania wewnętrznej rzeczywistości i osłabienia lub wyłączenia tzw. „czujnika emocjonalnego” niezbędnego w życiu. Obronność i odejście od siebie napędza ludzi sztywnymi i schematycznymi sposobami działania (Sztander, 2003, s. 14n). Przestrzeganie zasady „*nie czuj, bądź twardy*” i wzrastanie w zdeorganizowanym środowisku może być przyczyną psychopatyzacji dziecka (Sztajner, 1994, s. 5).

Zasada „*nie ufaj*” dotyczy zarówno członków rodziny, jak i osób spoza niej. Główną konsekwencją stosowania się do tej zasady jest brak poczucia bezpieczeństwa (Gaś, 1994, s. 37; por. także: Woronowicz, 2001, s. 123). Zasada ta jest konkluzją życia w chaosie i reakcją wobec urazów, jakie niesie życie w dysfunkcyjnej rodzinie. Brak oparcia w dorosłych pozbawia dzieci pewności i rozeznania. Niespełnione obietnice, niedotrzymane przyrzeczenia, niespójność działań, niekonsekwencje wychowawcze nie sprzyjają kształtowaniu się orientacji i ufności (Conway, 1997, s. 92; por. także: Sztander, 2003, s. 12).

Rodziny z problemem alkoholowym różnią się od siebie w zależności m.in. od rozwoju uzależnienia, osobowości członków rodziny, czy statusu materialnego rodziny, to jednak można wyodrębnić typowe dla tego rodzaju rodzin fazy przystosowania się członków rodziny alkoholowej do życia.

1.3. Rola pełnione przez dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym

Więzi w rodzinie dysfunkcyjnej bardzo najczęściej mają charakter zaburzony, a wymagania stawiane przez rodziców zazwyczaj są nieadekwatne do poziomu rozwoju i możliwości dziecka. Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb, chaos, niewłaściwa komunikacja, a z drugiej strony pragnienie jakiejś stabilizacji systemu rodzinnego zmuszają dzieci do przyjmowania nieprawidłowych ról, najczęściej służących ratowaniu za wszelką cenę stabilności rodziny.

Podjęcie określonych ról w rodzinie dysfunkcyjnej odbywa się w sposób nieświadomy. Oczekiwania związane z wyznaczoną jednostką rolą kształtują jej relacje z innymi członkami rodziny, które utrwalają się w postaci pewnych wzorów zachowań i są przenoszone na inne niż rodzina układy społeczne, wpływają też na rodzaj doświadczeń i aktywności kształtując w ten sposób osobowość jednostki i jej rozwój (Cierpiałkowska, 1992, s. 61).

Przyjmowanie i odgrywanie ról³ jest wynikiem obronnej postawy wobec zagrożeń, z jakimi się stykają na co dzień. Wśród nich najczęściej wymieniane są role: *Bohatera Rodzinnego, Zagubionego Dziecka, Maskotki i Kozła Ofiarnego*⁴.

Bohater Rodzinny jest zazwyczaj osobą najstarszą spośród rodzeństwa w rodzinie z problemem alkoholowym. Bierze on na siebie zadanie wyrównania braków występujących w zachowaniach rodziców. Podejmuje więc działania wymagające poświęcenia się dla rodziny, dostarczające rodzinie poczucia wartości. Dziecko to jest nad wiek dorosłe oraz nadmiernie obowiązkowe i odpowiedzialne. Działania te podejmuje kosztem własnych potrzeb (Woydyło, 1993, s. 111-113; por. także: Woronowicz, 2001, s. 122). *Rodziny Bohater* stara się udowodnić otoczeniu, że w jego rodzinie jest wszystko w porządku. W szkole dziecko to wyróżnia się w nauce, czy w sporcie. Sprawia wrażenie osoby odpornej, niepotrzebującej żadnej pomocy, dlatego często osoba ta nie uzyskuje żadnego wsparcia ze strony dorosłych. *Bohaterowie Rodzinni* nie potrafią odpoczywać, rozluźnić się; stają się poważnymi „małymi dorosłymi”. Ich dzieciństwo jest zdominowane przez trudne, należące do świata dorosłych problemy (Robinson, Rhoden, 2003, s. 55-57). *Bohater Rodzinny* najczęściej podejmuje ważne wyrzeczenia osobiste i przyjmuje na siebie liczne obowiązki, aby ulżyć innym, dla ich dobra. Służy, rezygnując z siebie ignoruje sygnały przemęczenia, choroby, czy też „wewnętrznego głosu protestu” i sprzeciwu wobec zaistniałej sytuacji. Brak troski o siebie, nieumiejętność odpoczywania, nastawienie się wyłącznie na dawanie i poświęcanie się dla innych, często owocuje w dorosłym życiu takiego człowieka rezygnacją z życia osobistego (Sztajner, 1994, s. 6). Osoby pełniące rolę *Bohatera* często wybierają zawody, w których mogą pomagać innym, często także stają się perfekcjonistami, pracoholikami, osobami kontrolującymi innych. Najczęściej w ogóle unikają alkoholu (Woydyło, 1993, s. 111-113; por. także: Woronowicz, 2001, s. 122).

Dziecko we Mgle (określane też mianem *Aniołka, Niewidocznego Dziecka*) to dziecko, które z problemem alkoholowym w rodzinie radzi sobie poprzez wycofanie w świat fantazji, lektur, marzeń, internetu, w swój świat, w którym staje się jakby „niewidoczne”. *Zagubione Dzieci* kryją bardzo głęboko swoje uczucia tak, że trudno do nich dotrzeć. Niekiedy obracają gniew przeciwko sobie. Cena, jaką płacą za swoje wycofanie to atrofia umiejętności kontaktu i współżycia z innymi ludźmi, odruch ucieczki od sytuacji trudnych, gotowość negowania istniejących problemów. Trudności w kontakcie z rzeczywistością i ból, jaki temu towarzyszy mogą w konsekwencji wyzwolić różne sposoby odrywania się od rzeczywistości i „zniczulania się” na

³ Cztery główne role pełnione przez dzieci w rodzinie alkoholowej po raz pierwszy opisała amerykańska badaczka Sharon Wegscheider w 1981r. Jej obserwacje zostały potwierdzone również przez innych badaczy (Deutsch, 1992).

⁴ Role przyjmowane przez dzieci w rodzinie alkoholowej opisują min. Cierpiałkowska, 1992; Kucińska, 2003; Woydyło, 1993; Sztander, 1993; Woronowicz, 1993; Deutsch, 1994; Pacewicz, 1994; Sztajner, 1994; McConnel, 1996; Robinson, 1998; Ryś, Wódz, 2003.

przykrości życia (Sztander, 2003, s. 18). Dzieci te żyją niedostrzegane, pomijane, jakby „nieistniejące”. Nauczyciele mają problem z przypomnieniem sobie ich jako uczniów, ponieważ nie zwracają na siebie uwagi ani dobrym ani złym zachowaniem. Mają niewielu przyjaciół, spędzają czas na marginesie klasy (Robinson, Rhoden, 2003, s. 60). W dorosłym życiu osoby pełniące tę rolę nie potrafią nawiązywać satysfakcjonujących związków uczuciowych.

Maskotka (Błazen) to dziecko, które potrafi rozładowywać rodzinne napięcia. Rola jaką pełni - to dbanie o rozładowywanie napięć, bycie w centrum zainteresowania, zajęcie uwagi wszystkich domowników. *Maskotka* jest dzieckiem, którego w efekcie pełnionej przez nie roli w rodzinie alkoholowej, nikt nie traktuje poważnie. Z czasem ono także traci granicę między żartem a sytuacją serio, pomiędzy śmiechem a płaczem. Następuje odłączenie się od uczuć smutku i cierpienia, pozostaje mechanizm robienia „dobrej miny do złej gry”. Dzieci pełniące rolę *Maskotki* są szczególnie narażone na wykorzystanie, także seksualne. Często sprzyjają temu postawy matek (*idź połów się przy ojcu, tylko ty potrafisz go uspokoić*) (Sztajner, 1994, s. 6). Dorastając osoby pełniące tę funkcję, aby nie dać się zranić, starają się przypodobać otoczeniu i submisyjnymi postawami zasłużyć na aprobatę. Zazwyczaj osoby te źle radzą sobie w sytuacjach stresowych i wymagających podejmowania odpowiedzialnych decyzji (Woydyłło, 1993, s. 111-113; por. także: Woronowicz, 2001, s. 122).

Kozioł Ofiarny (Wyrzutek) - to dziecko, które próbuje odciągać uwagę od problemów rodziny poprzez skupianie uwagi na sobie, zwłaszcza przez sprawianie kłopotów wychowawczych (wagary, kradzieże, picie alkoholu, szukanie towarzystwa osób z marginesu społecznego). Odwracając uwagę od problemów rodziny i uosabiając rodzinne frustracje, dziecko to często popada w kłopoty (Pacewicz, 1994, s. 58n). Strategia działania w tej roli polega jednoczeniu rodziny poprzez własne „nieudacznictwo”. Dziecko pełniące rolę *Kozła Ofiarnego* ma poczucie osamotnienia, odsunięcia, a więc poszukuje wsparcia poza domem rodzinnym (Woydyłło, 1993, s. 111-113; por. także: Woronowicz, 2001, s. 122). Zazwyczaj osoby te popadają wcześniej w konflikty z prawem, niejednokrotnie uzależniają się od alkoholu lub narkotyków. Nierzadko dzieci przyjmujące rolę *Kozła Ofiarnego* są pierwszymi członkami rodziny zgłaszającymi się po pomoc. *Wyrzutek Rodzinny* - jak stwierdza C. Deutsch - ogniskuje wszelkie frustracje, złość i rozczarowanie w rodzinie z problemem alkoholowym, a swoim trudnym i kłopotliwym zachowaniem ściągą na siebie silną krytykę i dezaprobatę wszystkich członków rodziny - rodziców i rodzeństwa oraz innych autorytetów (za: Pacewicz, 1994, s. 74). Jest częstym odbiorcą agresji i upokorzeń, określanym jako zły uczeń, wagarowicz, uciekający z domu, poszukujący aprobaty otoczenia w grupach nastawionych antyspołecznie (Sztander, 2003, s. 16n). Zdaniem Bradshaw'a (1997, s. 47) *Kozłem Ofiarnym* zostaje najczęściej bardzo wrażliwa osoba, działając pod wpływem uczuć lęku, bólu, osamotnienia. Pierwotne próby zainteresowania domowników swoją osobą i wołaniem o miłość i troskę, z czasem mogą stać się nieuświadomioną satysfakcją i zemstą na dorosłych. Jak pisze A. Sztajner (1994, s. 6): „W końcu najlepiej można ukarać rodziców przez popsucie czegoś, co jest dla nich najdroższe - ich dziecka, czyli siebie”.

A. Sztajner (1994, s. 6) dodatkowo opisuje rolę *Ułatwiacza*. Rola tę podejmuje dziecko współuzależnione. *Ułatwiacz* troszcząc się o alkoholika uniemożliwia mu podjęcie decyzji o zaprzestaniu picia. Dziecko - *Ułatwiacz* jest przekonane, że picie

rodzica jest w gestii jego odpowiedzialności. W momencie niepowodzeń w tym zakresie obwinia siebie. Często jest nazywane „Dziecko-rodzic” ze względu na fakt, iż przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Jego główne zadanie polega na chronieniu alkoholika przez skutkami nałogu, przez co w sposób nieuświadomiony sprzyja rozwojowi jego choroby (Sztander, 2003, s. 16). *Ułatwicz* towarzyszy osobie uzależnionej, pilnuje ją (np. na imprezach rodzinnych) i troszczy się o jej bezpieczeństwo (np. chowa kluczyki do samochodu), kupuje piwo, aby osoba uzależniona nie piła wódki, wysłuchuje ubolewań alkoholika nad ciężkim życiem. Może także zacząć wypijać alkohol za uzależnionego, aby ten wypił mniej, lub pije wraz z nim, aby uchronić go przed wyjściem z domu i złym towarzystwem.

Z. B. Gaś (1994, s. 37-38) wskazuje na jeszcze inne role, jakie mogą przyjmować dzieci żyjące w rodzinie z problemem alkoholowym. Należą do nich role:

- *Ratownika*, którego zadaniem jest ratowanie pijącego rodzica z różnorodnych opresji, będących wynikiem uzależnienia. Ochrona może dotyczyć zarówno płaszczyzny życia domowego, rodzinnego, jak i rozszerzać się na zakład pracy pijącego, sąsiadów, a nawet konflikty pijącego z prawem. Mimo dobrych intencji *Ratownik* swoją działalnością przyzwala pijącemu na trwanie w nałogu, gdyż chroni go przed uświadomieniem sobie konsekwencji picia i doświadczaniem jego skutków;
- *Prowokatora* – ta rola ma na celu konfrontowanie alkoholika z jego realną rzeczywistością, z realnym życiem, jakie prowadzi i skutkami alkoholizmu w rodzinie, pracy i życiu społecznym. Podejmowanie tej roli przez dziecko często nie jest jednak efektywne. Nie staje się zazwyczaj motorem do zmiany życia, a jedynie pogłębia w alkoholiku poczucie winy i poczucie braku wartości;
- *Ofiary* – tę rolę podejmuje dziecko ponoszące skutki alkoholizmu rodzica, przejmujące jego obowiązki na siebie. Im problem alkoholizmu jest większy, tym więcej obowiązków przejmuje osoba pełniąca rolę *Ofiary*. Może się też zdarzyć, że dziecko pełniące tę rolę w rodzinie, sabotuje alkoholika w czasie jego abstynencji, w obawie przed utratą swojego znaczenia płynącego z pełnienia tej roli.

Natomiast C. Black wyróżnia następujące role społeczne przyjmowane przez dzieci alkoholików:

- *Dziecko Odpowiedzialne* opiekujące się rodzicami i rodzeństwem, którzy czują się bezradni;
- *Dziecko Dopasowujące się* - to dziecko będące w stałej czujności w odpowiedzi na zmieniającą się w rodzinie sytuację i gotowe szybko dopasować swoje myślenie i zachowanie do potrzeby chwili;
- *Dziecko Łagodzące Sytuację* ma za zadanie zwrócenie uwagi na siebie, aby odwrócić tym samym uwagę od tego, co aktualnie dzieje się w rodzinie, jak również, aby zadowolić innych jej członków (za: Woronowicz, 1998, s. 118).

Role przyjmowane przez dzieci są warunkowane przez ukryte i jawne potrzeby systemu rodzinnego. Ich funkcja polega na utrzymaniu systemu w równowadze. Poprzez odgrywanie danej roli osoba traci swoją tożsamość, swój „unikatowy potencjał”, odrzuca swoje prawdziwe „ja” na rzecz utrzymania spójności rodziny (Bradshaw, 1997). Role te pełnią również funkcję ochronną, która zapewnia przetrwanie poszczególnym osobom, jak i całemu systemowi rodzinnemu (Conway, 1997, s. 109).

Wymienione role rzadko występują w czystej postaci, zwykle dzieci wychowujące się w rodzinie alkoholowej podejmują różne role w zależności od sytuacji⁵. Życie zgodne z rolami pozwala wprawdzie czasem zachować chwiejną równowagę rodzinną, jednakże nie jest w stanie spowodować zmiany na lepsze w życiu domowym ani też uczynić go bezpiecznym i szczęśliwym. Gdy dzieci alkoholików są już dorosłe, mają nadal tendencję do poruszania się w obrębie tych samych ról. Rola i jaźń tak dalece zlały się tu ze sobą, że trudno im dystansować się od własnych emocjonalnych i poznawczych stereotypów oraz schematów zachowań (Pacewicz, 1994, s. 73).

2. Dorosłe Dzieci Alkoholików

Choroba alkoholowa niszczy całą rodzinę. Jej destrukcyjny wpływ pozostaje w członkach rodziny nawet, gdy z różnych powodów osoby pijącej nie ma już wśród nich. Jest to rodzaj współzależnienia, zarówno małżonka osoby pijącej, jak i ich dzieci. Utrwała się sposób reagowania i postępowania z dzieciństwa, który pomagał wtedy przetrwać. Jest on tak silnie zakorzeniony w psychice, że - mimo iż nie pasuje do nowej sytuacji - jest dalej stosowany jako wyuczony. Ślady i wspomnienia z przeszłości przysparzają cierpienie i powodują kłopoty, a często nawet niemożność ułożenia sobie dorosłego, satysfakcjonującego życia.

Terapeuci pracujący z osobami, które wychowywały się w rodzinie z problemem alkoholowym zaczęli dostrzegać wspólne cechy charakterystyczne dla tych osób. Wpływ alkoholizmu rodziców na ich dzieci okazał się tak silny, że nadano osobom wychowywanym w rodzinach z problemem alkoholowym nazwę Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA)⁶, zaczęto także badać to zjawisko, jak również powstała specjalna oferta pomocy i terapii skierowana ściśle do tej grupy osób, mająca na celu pomoc w rozwiązywaniu charakterystycznych dla nich jej problemów (Dodzik, Kamecki, 1994, s. 109n).

⁵ Wyniki badania Dorosłych Dzieci Alkoholików przeprowadzone w 2003 roku za pomocą testu RDDA (*Role Pełnione przez Dzieci w Rodzinie z Problemem Alkoholowym* autorstwa M. Ryś), opublikowane w *Studia Psychologica* wskazują, że osoby te najczęściej podejmowały rolę *Dziecka we Mgle*. Rolę *Bohatera Rodzinnego* pełniły osoby najstarsze w rodzinie, a *Maskotki* – osoby najmłodsze. Badani najrzadziej podejmowali rolę *Ułatwiacza* (Ryś, Wódz, 2003).

⁶ Około 1976 roku w Nowym Jorku kilka osób, które zakończyły terapię w grupie Alateen zaczęło uczęszczać na Al-Anon jako osoby dorosłe. Nie mogąc się jednak odnaleźć w tej własnej grupie Al-Anon, którą nazwali „*Hope for Adult Children of Alcoholic*” (Nadzieja dla Dorosłych Dzieci Alkoholików). Część z tych osób utworzyła drugą grupę „Generations” (Pokolenia). Z tej właśnie grupy powstała grupa Dorosłych Dzieci Alkoholików. W roku 1983 w USA powstało Narodowe Stowarzyszenie Dzieci Alkoholików (Widera-Wysoczańska, 2003, s. 9).

2.1. Określenie DDA

Syndrom DDA, podobnie jak współuzależnienie⁷, nie jest ujmowany w ICD-10 ani w DSM-IV jako wyodrębniona oddzielna jednostka chorobowa. Pojawiające się wielokrotnie próby wyodrębnienia syndromu DDA – począwszy od opisu kilkunastu cech charakteryzujących DDA przedstawionych przez Janet Woititz w książce *Dorośle Dzieci Alkoholików* (1983), poprzez prace Wegscheider-Cruse (1989), wyodrębniające, poza dotychczasowymi jeszcze kilka dodatkowych cech DDA, próby przedstawienia kryteriów diagnostycznych przez Cermak i Rutzky (1994) nie doprowadziły do ujednoczenia i wypracowania spójnego stanowiska.

Określenia Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) używa się w stosunku do tych osób, które pochodzą z alkoholowych rodzin dysfunkcyjnych⁸. Conway (1997, s. 32) stwierdza: „na zewnątrz wszyscy oni są dorosłymi ludźmi, ale w środku czują się małymi, niedobrymi dziećmi”.

DDA, jak definiuje A. Widera-Wysoczańska (2003, s. 9), „to człowiek pochodzący z rodziny, w której alkohol był problemem centralnym. Zajęty w dzieciństwie walką o przetrwanie, w życiu dorosłym ma poczucie, że nigdy nie był dzieckiem”.

Bradshaw (1994) stwierdza, że główną przyczyną stawania się Dorosłym Dzieckiem jest świadomość bycia porzuconym wskutek lekceważenia przez opiekunów potrzeby przynależności do kogoś, a więc potrzeby której zaspokojenie jest szczególnie ważne w okresie rozwoju. Wewnątrz DDA kryje się małe dziecko, które czuje pustkę i nienasycenie, którego potrzeby pozostają niezaspokojone, bo są to potrzeby „dziecka ukrytego w ciele osoby dorosłej”.

Określenie Dorosłe Dziecko Alkoholika zakłada podwójną tożsamość: bycie chronologicznie osobą dorosłą i jednocześnie dzieckiem, gdyż nierozwiązane problemy z okresu dzieciństwa, nieodreagowane i wyparte urazy stanowią element z przeszłości współwyznaczający funkcjonowanie w życiu dorosłym. Dzieci alkoholików, w wyniku okoliczności związanych z wychowywaniem się w rodzinie z problemem alkoholowym, w przyspieszonym tempie stają się osobami dorosłymi. Przyjęty termin DDA sugeruje, że osoby te nie przeszły pomyślnie przez etapy rozwojowe, które warunkują dojrzałość i dorosłość (Miller, Tuchfeld, 1990, s.144).

Kucińska (2002a, s. 42) tak ujmuje istotny problem DDA: „Gdy były dziećmi musiały zbyt wcześnie dorosnąć. Są dorosłe, a nadal w głębi siebie pozostają dziećmi.”

⁷ Problematyka współuzależnienia jest coraz częściej podejmowana w literaturze –np. Cierpiątkowska (1992, 1997, 2000), Kurza (2003a-b), Libera (2003), Margasiński (2000), Mellibruda, Sobolewska (1997), Mellibruda, Szczepańska (1989ab), Melody (1993, 2005), Ryś (2007), Schaef (1986), Sobolewska, 1992, 1994, 1997), Szczepańska (1992, 1996) Wobiz (2001).

⁸ Problematykę Dorosłych Dzieci Alkoholików podejmowali m.in.: Ackerman (1987, 1989, 2000); Ackerman, Gondolf (1991); Berkowitz, Perkins (1988), Cork (1969), Gondolf, Ackerman (1993), Hellsten (2006), Krawczyk-Bocian (2005); Kritsberg (1985), Jabłońska (1998); Jona (1997), McConnel (1996) Kucińska (2003); Pawluk (2004); Ryś (2007), Strojny, Walczyński (1996), Sher (1997), Whitfield (1987); Widera-Wysoczańska (2003), Windle, Searles (1990), Woititz 1986, 1989, 1992, 1994ab), Woodside (1988), Żak (2003) W roku 1983 w USA powstało Narodowe Stowarzyszenie Dzieci Alkoholików (za: Widera-Wysoczańska, 2003, s. 9).

2.2. Charakterystyczne cechy Dorosłych Dzieci Alkoholików

Dzieciństwo spędzone w domu, w którym jedno lub obydwój rodziców było alkoholikiem może pozostawić trwały ślad w psychice oraz w znacznym stopniu determinować późniejsze funkcjonowanie w dorosłym życiu (Woronowicz, 1993, s. 67).

W psychice człowieka utrwała się sposób reagowania i postępowania z dzieciństwa⁹. Jest on tak silnie zakorzeniony (wyuczony), że mimo iż nie pasuje do nowej sytuacji wciąż jest stosowany. Ślady i wspomnienia z przeszłości przysparzają cierpienie, wywołują codzienne kłopoty, często ich konsekwencją jest nawet niemożność ułożenia sobie dorosłego, satysfakcjonującego życia. Dzieci w rodzinach alkoholowych wykształcają strukturę „ja” będącą w późniejszym życiu źródłem dysfunkcji. Dzieje się tak z dwóch powodów. Pierwszym z nich jest brak podstaw kształtujących poczucie własnej wartości, powstają tendencje do tworzenia negatywnej samooceny. Drugim jest niespójność i zniekształcenie obrazu siebie oraz zablokowanie rozwoju „ja” przez niedopuszczanie do świadomości ważnych dla „ja” doświadczeń - wypieranie lęku, złości, zazdrości¹⁰ (Kucińska, 2002b, s. 42).

Życie w rodzinie z problemem alkoholowym może powodować zmiany w obrazie „ja”, takie jak: zaburzone poczucie własnej wartości, które zależy od oceny i opinii innych; niejasny obraz siebie („nie wiem, kim jestem”); tendencję do manipulowania sobą, traktowanie siebie w sposób przedmiotowy, czyli niekierowanie się własnymi potrzebami i uczuciami, lecz używanie siebie do zdobycia, osiągnięcia czegoś, co liczyło się w rodzinie; tendencje autodestrukcyjne, do prób samobójczych włącznie; zaburzenia granic w obrazie siebie, czyli sztywne bądź słabo zaznaczone granice „ja” (Sobolewska, 1997).

Dzieci wychowywane w rodzinie z problemem alkoholowym mogą odczuwać w dalszym życiu skutki dotyczące własnej osoby (obniżone poczucie własnej wartości, brak wiary w siebie, negowanie własnych praw, brak doceniania swoich osiągnięć, niezaspokajanie własnych potrzeb, nieumiejętność odpoczynku), relacji z najbliższymi (negowanie miłości najbliższych, obawy przed porzuceniem, potrzeba kontroli, przejmowanie odpowiedzialności za dorosłe osoby zaspokajanie potrzeb innych własnym kosztem), relacji w szerszym środowisku (nadlojalność, trwanie bezczynne w zbyt trudnych sytuacjach, poświęcanie się bez zważania na własne koszty). Cechy te zostały omówione w książce M. Ryś „Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików” wydanej w PWN w 2007 roku.

⁹ S. Forward (1992, s. 10) wprowadziła termin „toksyczni rodzice”, opisując w ten sposób rodziców, którzy powodują emocjonalne i fizyczne wyniszczenie swoich dzieci. W swoim życiu dorosłym, borykają się one z wieloma trudnościami i bolesnymi śladami przeszłości spędzonej w rodzinnym domu.

¹⁰ Gdy dziecko jest odrzucone, czy atakowane przez najbliższe mu osoby – rodziców, traci zaufanie do nich, ale tym bardziej do obcych i świata w ogóle. Osoby doświadczające agresji w domu rodzinnym stają się nieufne i podejrzliwe. Przypisują złe zamiary całemu otoczeniu, co skutkuje wybuchami gniewu w chwilach rzeczywistego poczucia krzywdy lub tylko tak przez nie ocenionych. Zachowania oraz uczucia negatywne i wrogie pojawiają się wtedy w wyniku najmniejszej nawet prowokacji (Łukaszewicz, 2002, s. 15).

Chociaż Dorosłe Dzieci z rodzin alkoholowych posiadają wiele cech wspólnych, to istnieją też między nimi różnice. Niektórzy z DDA pochodzą z rodzin, gdzie uzależnienie od środków chemicznych było skrzętnie ukrywane, inni wyrosli w atmosferze jawnego pijaństwa. Jedni wychowywali się w ubóstwie, inni – w dostatku, niektórzy wzrastali w rozbitych, pozostali – w pełnych rodzinach, jedni byli maltretowani fizycznie czy wykorzystywani seksualnie, innych otaczano nadmierną opieką (Cermak, Rutzky, 1998).

II. Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym, poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne Dorosłych Dzieci Alkoholików – badania własne

1. Problem badań i postawione hipotezy

Doświadczenia z okresu dzieciństwa spędzonego w rodzinie z problemem alkoholowym mogą być odczuwane bardzo boleśnie w dalszym dorosłym życiu. Wskazują na to zarówno doświadczenia terapeutów, jak i przeprowadzane w tym zakresie badania. Ackerman (1987, 1995), Ackerman, Gondolf (1991), Beardslee, Son, Vallant (1986), Berlin, Davis, Orenstein (1988), Chassin, Barrera, Bech (1991), Christensen, Bilenberg (2000), Kossak-Fuller (1992), Domenico, Windle (1993), Drake, Vaillant (1988), Johnson, Sher, Rolf (1991), Parker, Harford (1988), Ryś (2007)¹¹, Whipple, Noble (1991), Windle (1990) wskazują na różnice w funkcjonowaniu psychospołecznym DDA i osób wychowywanych w rodzinach prawidłowych.

Niemniej jednak wiele kwestii pozostaje wciąż niewyjaśnionych. Jedną z nich jest problem pełnienia ról w rodzinie z problemem alkoholowym i ich wpływu na dalsze Życie człowieka, zwłaszcza na poczucie własnej wartości i relacje z najbliższymi u DDA.

Jako teoretyczną podstawę badań przyjęto procesualny model, w ramach którego podjęta zostanie próba wyjaśnienia uwarunkowań tworzenia się najbardziej charakterystycznych cech DDA. Wybrane zmienne, zaczerpnięte z literatury, zostały zoperacjonalizowane dla potrzeb podejmowanego tematu (schemat 1).

¹¹ W ramach pierwszego programu badawczego, którego wyniki zostały opublikowane w 2007 roku w książce pt. *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa 2007, PWN. przedstawione zostały wyniki badań 120 osób DDA oraz 133 osób wychowywanych w rodzinach prawidłowych (grupa kontrolna). Grupa DDA została podzielona w zależności od tego, czy osoby te żyją w związku z osobą uzależnioną czy wolną od uzależnień. Przeprowadzone badania wskazały na różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami DDA oraz pomiędzy DDA a osobami wychowywanymi w rodzinach prawidłowych. Kobiety – Dorosłe Dzieci Alkoholików w życiu dorosłym bardzo często przyjmują „rolę bohatera”, mają często poczucie zagrożenia, częściej tworzą w nieprawidłowe relacje w małżeństwie, natomiast wchodzenie w „rolę ofiary” jest charakterystyczne zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn DDA. Z przeprowadzonych badań wynikało także, że DDA wykazują istotnie gorsze wyniki w zakresie emocjonalnego radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Jednym z istotnych problemów była także kwestia poślubiania przez DDA osoby uzależnionej lub osoby nadużywającej alkoholu. W ramach badań podjęto próbę odpowiedzi na pytanie o uwarunkowania i przebieg tego procesu (tamże).

Schemat 1. Model psychospołecznych uwarunkowań kształtowania się cech DDA



W ramach tego artykułu postawiono więc następujący główny problem badawczy: Czy istnieje zależność, a jeśli tak to jaka, pomiędzy pełnieniem nieprawidłowych ról w rodzinie z problemem alkoholowym (*Bohatera Rodzinnego, Dziecka we Mgle, Maskotki, Kozła Ofiarnego, Ułatwiacza*) a poczuciem własnej wartości i relacjami interpersonalnymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików?

Celem analizy problemu postawiono szczegółowe pytania badawcze:

- Czy istnieją zależności pomiędzy postawami rodziców wobec dzieci w okresie dzieciństwa spędzonego w rodzinie z problemem alkoholowym a podejmowaniem przez dzieci określonych ról (*Bohatera Rodzinnego, Dziecka we Mgle, Maskotki, Kozła Ofiarnego, Ułatwiacza*)?

- Czy wszystkie osoby wychowywane w rodzinie z problemem alkoholowym podejmują dysfunkcyjne role? A jeśli są osoby, które żyjąc w rodzinie z problemem alkoholowym nie wchodzi w dysfunkcyjne role, czy osoby te będą różniły się w zakresie poczucia własnej wartości oraz zachowań w relacjach interpersonalnych od osób podejmujących tego typu role?
- Czy istnieje zależność pomiędzy pełnieniem dysfunkcyjnych ról w rodzinie z problemem alkoholowym a odczuwaniem skutków wzrastania w tego typu rodzinie?

Te ostatnie dwa pytania w kontekście omawianego problemu są szczególnie ważne, gdyż uzyskanie potwierdzenia wskazywałoby na istotne znaczenie pełnionej roli w kształtowaniu się poczucia własnej wartości i zachowań w relacjach interpersonalnych oraz w odczuwaniu skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Tego też problemu dotyczą postawione hipotezy badawcze. Przyjęto więc dwie główne hipotezy:

- Podejmowanie przez dzieci dysfunkcyjnych ról (*Bohatera Rodzinnego, Dziecka we Mgle, Maskotki, Kozła Ofiarnego, Ułatwacza*) w rodzinie z problemem alkoholowym jest zależne od postaw rodziców.
- DDA wchodzące w dzieciństwie w dysfunkcyjne role różnią się istotnie w zakresie poczucia własnej wartości oraz potrzeby kontroli nad członkami rodziny od DDA nie wchodzących w tego typu role oraz odczuwanych skutków wzrastania w tego typu rodzinie.

Przyjęto także następujące hipotezy szczegółowe:

- DDA podejmujące niewłaściwe role w rodzinie z problemem alkoholowym (grupa I) będzie charakteryzować niższe poczucie własnej wartości niż DDA nie podejmujące tego typu ról (grupa II).
- Osoby z grupy I będzie charakteryzować wyższy – w porównaniu z grupą II - poziom negacji własnych praw przy równoczesnym przyznawaniu tych praw innym.
- DDA z grupy I będzie charakteryzować wyższe poczucie bycia niekochanym przez swoich najbliższych niż osoby z grupy II.
- Osoby z grupy I będzie charakteryzować wyższa potrzeba kontroli najbliższych sobie osób niż osoby z grupy II.

Postawiono także pytanie: Czy osoby pełniące w dzieciństwie określone role (*Bohatera Rodzinnego, Dziecka we Mgle, Maskotki, Kozła Ofiarnego, Ułatwacza*) będą charakteryzowały się określoną konfiguracją w zakresie badanych zmiennych?

2. Metody zastosowane w badaniach

Celem weryfikacji hipotez oraz uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze zastosowano trzy narzędzia badawcze własnego autorstwa: skalę pozwalającą określić role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym – RDDA (*Role Pełnione przez Dzieci w Rodzinie z Problemem Alkoholowym*), PWWR (*Skalę Poczucia Własnej Wartości w Relacjach Interpersonalnych*) oraz *Kwestionariusz do badania Dorosłych Dzieci Alkoholików*.

2.1. RDDA (*Role Pełnione przez Dzieci w Rodzinie z Problemem Alkoholowym*)

Podstawą stworzenia metody służącej określeniu ról pełnionych przez dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym była literatura dotycząca funkcjonowania rodziny z problemem alkoholowym oraz Dorosłych Dzieci Alkoholików.

Prace nad Kwestionariuszem trwały kilka lat. Najpierw stworzony został zestaw itemów charakteryzujących różne obszary zachowań osób wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym. Po ocenie sędziów kompetentnych (psychologów, terapeutów) w dalszych pracach uwzględniono tylko te pytania, które uzyskały wysoką ocenę. Przeprowadzona analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie itemów zakwalifikowanych do danych ról. Do każdej roli wykorzystano itemy o najwyższej mocy dyskryminacyjnej. Ostateczna wersja powstała po uwzględnieniu badań różnicowych (50 osób DDA, 50 z rodzin prawidłowych). Obliczono także współczynniki rzetelności - alfa Cronbacha, w którym uzyskano następujące wartości: *Dziecko we Mgle* - 0,866; *Maskotka* - 0,858, *Bohater Rodzinny* - 0,877; *Kozioł Ofiarny* - 0,866 i *Ułatwiacz* - 0,803 oraz rzetelność według dwuczynnikowej analizy wariancji, która dla wszystkich skal wynosi Alpha - 0,84.

W związku z tym, że kwestionariusz okazał się przydatny do badania nie tylko osób wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym, ale także w innych dysfunkcyjnych systemach rodzinnych, w których nie występuje rola *Ułatwiacza*, pytania dotyczące tej roli zostały usunięte, dzięki czemu kwestionariusz ma teraz o wiele szersze możliwości zastosowania. (W analizowanych tu wynikach badań rola ta została jeszcze uwzględniona). Aktualnie więc Skala zawiera 32 pytania i jest Skalą do badania nieprawidłowych ról pełnionych w dzieciństwie w dysfunkcyjnych systemach rodzinnych i jako taka zostaje tutaj zaprezentowana¹².

2.2. SPWW (*Skala Poczucia Własnej Wartości w Relacjach Interpersonalnych*)

Prace nad Skalą trwały kilka lat. Podstawą stworzenia metody dotyczącej poczucia własnej wartości była literatura na temat relacji interpersonalnych osób wychowywanych w rodzinie dysfunkcyjnej. Stworzony na jej podstawie zestaw itemów charakteryzujących różne obszary relacji, w jakie wchodziły osoby osób wychowywane w rodzinach dysfunkcyjnych, poddany został ocenie sędziów kompetentnych (psychologów, terapeutów). W ramach dalszych prac uwzględniono tylko te itemy, które uzyskały wysoką ocenę sędziów. Przeprowadzona analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie następujących obszarów problemów: obniżone poczucie własnej wartości, brak wiary w to, że jest się osobą kochaną, brak poszanowania własnych praw, przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania innych, kontrola innych. W dalszych etapach pracy nad metodą usunięto twierdzenia, które istotnie nie różnicowały osób wychowywanych w rodzinach dysfunkcyjnych i prawidłowych oraz twierdzenia o niskiej mocy dyskryminacyjnej.

¹² Zastosowane metody zamieszczone zostały w książce M. Ryś (2011).

Obliczono także współczynniki alfa Cronbacha. Dla poszczególnych skal współczynniki te przyjęły następujące wartości: *obniżone poczucie własnej wartości* - - 0,928, *brak wiary w to, że jest się osobą kochaną* - 0,905, *brak poszanowania własnych praw* - - 0,852, *przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania innych* - - 0,907, *kontrola innych* - - 0,925. Obliczono także rzetelność według dwuczynnikowej analizy wariancji, która dla wszystkich skal wynosi Alpha - 0,84.

Skala ta początkowo przeznaczona była do badania osób współzależnych. Jednakże z dotychczasowych przeprowadzonych badań wynika, że Skala ma szersze zastosowanie i może służyć do badania obniżonego poczucia własnej wartości i nieprawidłowych relacji interpersonalnych.

2.3. *Kwestionariusz do Badania Dorosłych Dzieci Alkoholików*

W badaniu zastosowano Kwestionariusz do Badania Dorosłych Dzieci Alkoholików służący zebraniu istotnych informacji, dotyczących m.in. takich aspektów jak: atmosfera w domu rodzinnym, postawy rodziców wobec dziecka, oraz występowania w rodzinie takich zjawisk jak: nadmierne karanie, ośmieszanie, molestowanie seksualne. W ramach Kwestionariusza pytania dotyczyły także kwestii znajomości problemu alkoholowego w rodzinie przez środowisko, osób, które wiedziały o problemie alkoholizmu w rodzinie, oraz rodzaju odczuwanych skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym.

3. Badane osoby

W programie badawczym przeprowadzonym w 2011 roku wzięło udział 805 osób Dorosłych Dzieci Alkoholików, w tym 470 kobiet oraz 335 mężczyzn. Udział w badaniach był dobrowolny.

Wiek badanych osób mieścił się w granicach 21-55 lat. Spośród badanych 54,16% stanowiły osoby do 35 roku życia, a 45,85 osoby w wieku od 36 do 55 lat. Zdecydowana większość badanych osób miała wykształcenie przynajmniej średnie. Opis badanej grupy, jak i szersze zaprezentowanie uzyskanych wyników badań, zamieszczone zostały w książce M. Ryś (2011), tutaj jednak warto zwrócić szczególną uwagę na stan cywilny DDA.

Tabela 1. Stan cywilny badanych DDA

Osoby zamężne/ żonate		Osoby niezamężne								Brak danych	
		Panna/kawaler				Rozwiedziony				Liczba	Procent
		Wolny		W związku nieformalnym		Wolny		W związku nieformalnym			
L	%	L	%	L	%	L	%	L	%	L	%
181	22,48	309	38,38	203	25,22	45	5,59	49	6,09	18	2,24

Spośród badanych Dorosłych Dzieci Alkoholików tylko 22,48% stanowiły osoby żyjące w związku małżeńskim, 43,97% - to osoby wolne i niezwiązane żadnym związkiem (niezamężne - 38,38%; rozwiedzione - 5,59%), 31,31% żyje w związku nieformalnym, przy czym 25,22% to osoby niezamężne, a 6,09% - po rozwodzie.

4. Uzyskane wyniki badań

4.1. Postawy rodziców wobec własnych dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym

Spośród badanej grupy 805 DDA 35,95% kobiet i 39,10% mężczyzn określiło swoje matki jako kochające i okazujące miłość. Procent ojców kochających i okazujących miłość był zdecydowanie niższy, zarówno w przypadku kobiet (21,49%), jak i mężczyzn (jedynie 16,41%). Spośród badanych 25,74% kobiet miało świadomość miłości matki, a 33,83 - miłości ojca, mimo, że rodzice tego nie okazywali. W przypadku mężczyzn - 10,44% było przekonanych o tym, że matka kocha, mimo, że tego nie okazuje oraz 25,07% - tak oceniło postawę ojca. W przypadku negatywnych postaw rodziców, szczególnie dotkliwie odczuwane były te, w których rodzice dawali dziecku odczuć, że jest przez nich niekochane - 4,26% kobiet doświadczyło jawnego odrzucenia ze strony matki oraz 6,8% - ze strony ojca, natomiast w przypadku mężczyzn - 6,87 - ze strony matki oraz 7,45% ze strony ojca.

Istotnym pytaniem postawionym w ramach badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy postawy rodziców miały wpływ na podejmowanie w rodzinie z problemem alkoholowym określonych ról?

Z korelacji przedstawionych w tabeli 2 wynika, że tego typu zależność jest statystycznie istotna.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy postawami rodziców względem dzieci a rolami podejmowanymi w okresie dzieciństwa

Role	Postawy rodziców względem dzieci	
	rho	p
<i>Bohater Rodzinny</i>	0,167815	0,000258***
<i>Dziecko we Mgle</i>	0,172243	0,000175***
<i>Maskotka</i>	0,147901	0,001302**
<i>Kozioł Ofiarny</i>	0,140531	0,002260*
<i>Ułatwiacz</i>	0,137596	0,002796*

rho- Spearmana * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,0001

Ważnym aspektem omawianych problemów była analiza zależności pomiędzy znajomością problemu alkoholizmu w rodzinie w węższym czy szerszym środowisku a skutkami odczuwanymi przez DDA.

Tabela 3. Znajomość problemu alkoholizmu w rodzinie przez środowisko

Osoby	Kobiety		Mężczyźni	
	L	%	L	%
Tylko najbliższa rodzina	237	50,42	203	60,59
Najbliżsi przyjaciele, rodzina	58	12,34	44	13,13
Sąsiedzi i znajomi	51	10,85	33	9,86
Problem był znany w szerszym środowisku	124	26,39	55	16,42
Razem	470	100,0	335	100

$$\chi^2 = 3339,042 \text{ df} = 3 \text{ p} < 0,000000$$

W zdecydowanej większości przypadków o problemie alkoholowym w rodzinie wiedzieli jedynie najbliżsi z rodziny bądź bliscy przyjaciele (62,76% w przypadku rodzin kobiet, 73,72% - w przypadku rodzin mężczyzn). Natomiast to, czy problem był powszechnie znany, czy nie - okazuje się jedynym z istotnych uwarunkowań odczuwania negatywnych skutków w późniejszym życiu (tabela 4). Prawdopodobnie jest to związane z procesem tzw. stygmatyzacji dzieci alkoholików („to jest dziecko tego pijaka”).

Tabela 4. Wiedza dotycząca problemu alkoholizmu w rodzinie u osób z środowiska zewnętrznego a odczuwanie skutków wrastania w rodzinie

	rho	p
Kobiety	0,380915	0,000000***
Mężczyźni	0,219962	0,000000***

rho- Spearmana ** p<0,01; *** p<0,0001

Tabela 5. Korelacje pomiędzy znajomością problemu przez środowisko zewnętrzne a postawami rodziców względem dzieci

rho	p
0,147550	0,001337*

rho- Spearmana * p<0,01;

Warto także postawić pytanie, czy wiedza środowiska zewnętrznego o problemie alkoholowym w rodzinie miała wpływ na postawy rodziców? Z danych zawartych w tabeli 5 wynika, że tego typu zależność istniała.

4.2. Role pełnione w dzieciństwie a poczucie własnej wartości i relacje z najbliższymi u DDA

Celem określenia zależności pomiędzy pełnioną rolą a poczuciem własnej wartości DDA i ich relacjami z najbliższymi osobami badana grupa DDA została podzielona na dwie podgrupy – do pierwszej z nich zostały zaliczone te osoby, które w dzieciństwie wchodziły w którąś z dysfunkcyjnych ról, do drugiej grupy te osoby, które nie podejmowały żadnej z tych ról, albo pełniły ją bardzo rzadko.

Spośród 805 badanych DDA 293 – to były osoby, które zdecydowanie wchodziły w nieprawidłowe role (grupa I), do drugiej grupy – osób niepodejmujących dysfunkcyjnych ról zaliczono jedynie 72 osoby (grupa II).

Tabela 6. Średnie, odchylenia i istotności różnic pomiędzy grupą DDA wchodzącą w dysfunkcyjne role w okresie dzieciństwa i DDA nie podejmującą tego typu ról

		Obniżone poczucie własnej wartości	Brak wiary w to, że jest się osobą kochaną	Brak poszanowania własnych praw	Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	Kontrola innych
Grupa I	M	25,68	26,53	23,62	24,39	18,13
	σ	11,71	10,56	10,16	9,81	8,30
Grupa II	M	18,72	17,69	18,85	18,57	13,65
	σ	10,19	10,17	8,64	9,56	7,69
	U	6667,000	5588,000	7291,000	6615,500	7073,000
	Z	4,84237	6,18982	4,06481	4,90680	4,33767
	p	0,000001*	0,000000*	0,000048*	0,000001*	0,000014*
		**	**	**	**	**

U-Manna-Whitneya *** $p < 0,0001$

Dane zawarte w tabeli nr 6 wskazują, że obydwie grupy DDA różnią się istotnie w zakresie wszystkich badanych zmiennych.

Na podstawie tych wyników badań można stwierdzić, że potwierdziła się hipoteza zakładająca, iż osoby DDA, które w dzieciństwie pełniły dysfunkcyjne role będą miały istotnie niższe poczucie własnej wartości (potwierdzenie hipotezy H1), istotnie wyższy poziom negacji własnych praw (potwierdzenie hipotezy H2), istotnie wyższe poczucie bycia niekochanym (potwierdzenie hipotezy H3) oraz istotnie wyższą potrzebę kontroli osób z najbliższego środowiska (potwierdzenie hipotezy H4).

Warto bliżej przeanalizować ten problem stawiając pytanie: w jakim stopniu podejmowane role wyjaśniają takie zmienne jak poczucie własnej wartości i relacje w

stosunku do najbliższych osób u DDA. Celem uzyskania odpowiedzi na to pytanie zastosowano analizę regresji wielokrotnej.

Tabela 7. Podejmowane role a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne DDA

Podsumowanie regresji zmiennej: <i>Bohater Rodzinny</i> R=0,9686; R ² =0,9382; F (5,293)= 1169,9; p<0,0000						
Zmienne	β	Błąd std. z β	B	Błąd std. z b	t (293)	P
Obniżone poczucie własnej wartości	0,3113	0,0513	0,3149	0,0513	6,1348	0,0000** *
Brak wiary w to, że jest się osobą kochaną	0,0330	0,0129	0,0000	0,0000	2,5479	0,0112*
Brak poszanowania własnych praw	0,1293	0,0548	0,1323	0,0561	2,3587	0,0188*
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,2622	0,0487	0,2712	0,0504	5,3752	0,0000** *
Kontrola innych	0,2843	0,0590	0,2893	0,0601	4,8113	0,0000** *
Podsumowanie regresji zmiennej: <i>Dziecko we Mgle</i> R=0,9762; R ² =0,9530; F (5,293)= 1561,4; p<0,0000						
Zmienne	β	Błąd std. z β	B	Błąd std. z b	t (293)	P
Obniżone poczucie własnej wartości	0,3291	0,0442	0,3298	0,0443	7,4342	0,0000** *
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,1970	0,0425	0,2019	0,0436	4,6305	0,0000** *
Kontrola innych	0,3814	0,0515	0,3846	0,0519	7,3999	0,0000** *
Podsumowanie regresji zmiennej: <i>Maskotka</i> R=0,9751; R ² =0,9508; F (5,293)= 1487,9; p<0,0000						
Zmienne	β	Błąd std. z β	B	Błąd std. z b	t (33)	P
Brak wiary w to, że jest się osobą kochaną	0,1524	0,0489	0,1539	0,0494	3,1144	0,0020*
Brak poszanowania własnych praw	0,2336	0,0435	0,2383	0,0444	5,3644	0,0000** *
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,2298	0,0527	0,2308	0,0530	4,3574	0,0000** *
Kontrola innych	0,3763	0,0453	0,3755	0,0452	8,3073	0,0000** *

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

Podsumowanie regresji zmiennej: <i>Kozioł Ofiarny</i> R=0,9820; R ² =0,9641; F(5,293)=2065,7; p<0,0000						
Zmienne	β	Błąd std. z β	B	Błąd std. z b	t (293)	P
Brak poszanowania własnych praw	0,1033	0,0372	0,1052	0,0379	2,7768	0,0058*
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,6472	0,0450	0,6483	0,0451	14,3584	0,0000** *
Kontrola innych	0,2641	0,0387	0,2629	0,0386	6,8223	0,0000** *
Podsumowanie regresji zmiennej: <i>Ułatwiacz</i> R=0,98369; R ² =0,9676; F(5,293)=2302,6; p<0,0000						
Zmienne	β	Błąd std. z β	B	Błąd std. z b	t (293)	P
Brak wiary w to, że jest się osobą kochaną	0,1330	0,0397	0,1337	0,0400	3,351	0,0009
Brak poszanowania własnych praw	0,0976	0,0353	0,0992	0,0359	2,764	0,0060
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,6449	0,0428	0,6448	0,0428	15,077	0,0000
Kontrola innych	0,1193	0,0368	0,1185	0,0365	3,247	0,0013

Przeprowadzona analiza wariancji wielokrotnej pozwoliła na określenie w jakim stopniu podejmowana rola ma udział w wyjaśnianiu poczucia własnej wartości i relacji interpersonalnych w stosunku do osób z najbliższego otoczenia DDA.

W przypadku *Bohatera Rodzinnego* istotne zależności dotyczą tu zarówno poczucia własnej wartości, jak i braku wiary w miłość najbliższych osób oraz braku poszanowania własnych praw, przejmowania odpowiedzialności za uczucia i nieodpowiedzialne postawy innych oraz potrzeby kontrolowania bliskich sobie osób. W stosunku do osób podejmujących rolę *Dziecka w Mgle* istotne zależności dotyczą poczucia własnej wartości, przejmowania odpowiedzialności za uczucia i nieodpowiedzialne postawy innych oraz potrzeby kontrolowania bliskich sobie osób.

Natomiast pełnienie roli *Maskotki* ma znaczenie zarówno w wyjaśnianiu braku wiary w miłość najbliższych osób, jak i braku poszanowania własnych praw, przejmowania odpowiedzialności za uczucia i nieodpowiedzialne postawy innych oraz w wyjaśnianiu potrzeby kontrolowania bliskich sobie osób.

W przypadku *Kozła Ofiarnego* istotne zależności dotyczą braku poszanowania własnych praw, przejmowania odpowiedzialności za uczucia i nieodpowiedzialne postawy innych oraz potrzeby kontrolowania bliskich sobie osób.

U osób podejmujących rolę *Ułatwacza* istotne zależności dotyczą braku wiary w miłość najbliższych osób, braku poszanowania własnych praw, przejmowania odpowiedzialności za uczucia i nieodpowiedzialne postawy innych oraz potrzeby kontrolowania bliskich sobie osób.

4.3. Postawy rodziców i role pełnione w dzieciństwie a odczuwanie skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym

W ramach badań postawiono pytanie – czy wszystkie osoby wychowywane w rodzinie z problemem alkoholowym odczuwają bolesne skutki wzrastania w tego typu rodzinie.

Tabela 8. Odczuwanie skutków dzieciństwa spędzonego w rodzinie z problemem alkoholowym

Płeć	Bez negatywnych skutków		Odczuwane skutki					
			doświadcza negatywnych skutków, ale potrafi sobie z nimi poradzić		doświadcza negatywnych skutków, z którymi bardzo trudno sobie radzi		doświadcza bardzo negatywnych skutków, tak bolesnych, że wolałby nie żyć	
	L	%	L	%	L	%	L	%
Kobiety	127	27,02	200	42,55	132	28,08	10	2,12
Mężczyźni	123	36,71	127	37,91	79	23,58	10	2,98

$$\chi^2 = 77,64767 \text{ df} = 3 \text{ p} < ,000000$$

Spośród przebadanych 805 osób DDA - 27,02% kobiet i 36,71% mężczyzn uważa, że w swoim dorosłym życiu nie odczuwa skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Większy procent badanych kobiet niż mężczyzn twierdzi, że skutki te są w ich życiu bardzo bolesne (28,08% kobiet i 23,58% mężczyzn). Dla 2,12% kobiet i 2,98% mężczyzn są tak bolesne, że woleliby nie żyć. Natomiast nieco więcej kobiet (42,55%) niż mężczyzn (37,91) uważa, że doświadcza negatywnych skutków takich, z którymi potrafi sobie z nimi poradzić.

Ogólnie można stwierdzić, że prawie 73% kobiet oraz 63% mężczyzn odczuwa negatywne skutki wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym.

W ramach badań postawiono także pytanie – czy istnieje zależność pomiędzy postawami rodziców wobec dzieci a skutkami wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym.

Z badań wynika, że odczuwanie negatywnych skutków istotnie koreluje z postawami matek i ojców, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (Tabela 9).

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

Tabela 9. Korelacje – postawy rodziców wobec dzieci, a odczuwane skutki wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym

Kobiety	rho	p
Postawy matek	0,272889	0,000000***
Postawy ojców	0,308434	0,000000***
Mężczyźni	rho	p
Postawy matek	0,332108	0,000000***
Postawy ojców	0,283072	0,000000***

rho- Spearmana $p < 0,0001$

Postawiono także pytanie, czy pełnienie określonych ról w okresie dzieciństwa jest powiązane z odczuwaniem skutków w okresie dorastania oraz czy te odczuwane skutki mają związek z tym, jakie poczucie własnej wartości ma dana osoba oraz w jakie relacje interpersonalne wchodzi.

Tabela 10. Role pełnione w okresie dzieciństwa a odczuwane konsekwencje wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym

Rola	Doświadczanie skutków	
	rho	p
<i>Bohater Rodzinny</i>	0,153740	0,000826***
<i>Dziecko we Mgle</i>	0,140495	0,002266**
<i>Maskotka</i>	0,135294	0,003295**
<i>Kozioł Ofiarny</i>	0,109274	0,017798*
<i>Ułatwicz</i>	0,101871	0,027218*

rho- Spearmana * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$

Z danych zamieszczonych w tabeli 10 wynika, że wchodzenie w każdą z dysfunkcyjnych ról w okresie dzieciństwa spędzonego w rodzinie z problemem alkoholowym prowadzi do odczuwania negatywnych skutków w okresie dorosłości. Najsilniejsze skutki wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym odczuwają osoby pełniące rolę *Bohatera Rodzinnego*, *Dziecka we Mgle* i *Maskotki*. Nieco niższa korelacja (jednak na poziomie istotności) wystąpiła w przypadku *Ułatwacza* i *Kozła Ofiarnego*.

Tabela 11. Korelacje pomiędzy doświadczeniem negatywnych skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym a aktualnym poczuciem własnej wartości i relacjami interpersonalnymi

Poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne	Doświadczenie skutków	
	rho	p
Brak wiary w to, że jest się osobą kochaną	0,184169	0,000059***
Obniżone poczucie własnej wartości	0,182621	0,000068***
Kontrola innych	0,177907	0,000105***
Brak poszanowania własnych praw	0,169072	0,000231***
Przejmowanie odpowiedzialności za działania innych	0,154600	0,000771***

rho- Spearmana *** p<0,0001

Wyniki zamieszczone w tabeli 11 wskazują na istotne korelacje pomiędzy odczuwanymi skutkami wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym a poczuciem własnej wartości i wszystkimi analizowanymi wymiarami relacji interpersonalnymi. Najsilniejsze korelacje wystąpiły w zakresie braku wiary w to, że się jest osobą kochaną oraz w zakresie obniżonego poczucia własnej wartości.

5. Odpowiedzi na pytania badawcze oraz weryfikacja postawionych hipotez

Przystępując do badań postawiono zasadnicze pytanie: Czy wszystkie osoby wychowywane w rodzinie z problemem alkoholowym odczuwają negatywne skutki, jakie spowodowały przeżycia z okresu dzieciństwa?

Otóż z przeprowadzonych badań wynika, że problem ten dotyczy zdecydowanej większości Dorosłych Dzieci Alkoholików (ok. 73% kobiet i 63% mężczyzn), ale nie wszystkich DDA. Najmniej problemów przeżywają ci z DDA, których rodzice – mimo nadużywania alkoholu czy uzależnienia – cechowali się kochającymi postawami, a atmosfera domowa w ich rodzinie pochodzenia była życzliwa. Największe problemy (łącznie z pragnieniem zakończenia życia) wystąpiły u tych osób, które w dzieciństwie były odrzucone przez swoich rodziców, a szczególnie przez matkę¹³.

Można by więc próbować postawić hipotezę, że nie tyle sam problem alkoholowy w rodzinie pochodzenia odgrywa decydującą rolę w odczuwaniu skutków wzrastania w rodzinie, co postawy (kochające, bądź nie) rodziców. Sytuacja nie jest jednak w tym zakresie tak oczywista. Otóż ponad 60% kobiet i prawie 50% mężczyzn stwierdziło, że

¹³ Szerzej wyniki tych badań przedstawione zostały książce M. Ryś (2011).

ich matki były kochające, a ponad 55% kobiet i 41% mężczyzn – że ojcowie. Gdyby więc występowała tutaj prosta zależność – to procent osób nie odczuwających negatywnych skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym byłby o wiele wyższy. Tymczasem jedynie 27% kobiet i 37% mężczyzn stwierdza, że w swoim życiu dorosłym nie odczuwa bolesnych skutków dzieciństwa.

Wynika z tego, że są także i inne czynniki wpływające na odczuwanie negatywnych skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym.

Jednym z bardzo istotnych czynników okazało się podejmowanie w dzieciństwie dysfunkcyjnej roli *Bohatera Rodzinnego*, *Dziecka we Mgle*, *Maskotki*, *Kozła Ofiarnego*, czy *Ułatwiacza*. Osoby, które przyjmowały w dzieciństwie tego typu strategię radzenia sobie z trudną sytuacją w rodzinie różnią się istotnie w zakresie poczucia własnej wartości oraz potrzeby kontroli nad członkami rodziny od DDA nie wchodzących w tego typu rolę.

Wyniki przeprowadzonych badań okazały się pomocne dla wyjaśniania procesu tworzenia się cech ujmowanych w literaturze jako cechy DDA. Otóż fakt, że osoby DDA wchodzące w dysfunkcyjne role *Bohatera Rodzinnego*, *Dziecka we Mgle*, *Maskotki*, *Kozła Ofiarnego*, czy *Ułatwiacza* różnią się istotnie w zakresie poczucia własnej wartości (potwierdzenie hipotezy H1), poziomu negacji własnych praw (potwierdzenie hipotezy H2), poczucia bycia niekochanym (potwierdzenie hipotezy H3) oraz potrzeby kontroli osób z najbliższego środowiska (potwierdzenie hipotezy H4) od tych DDA, które w rodzinie z problemem alkoholowym nie podejmowały dysfunkcyjnych ról świadczy o tym, że wchodzenie w dysfunkcyjne role w dzieciństwie jest szczególnie istotnym czynnikiem kształtowania się zarówno obniżonego poczucia własnej wartości, jak i niewłaściwych relacji z innymi w okresie dorosłości.

Istotnym także czynnikiem wpływającym na odczuwanie negatywnych skutków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym okazał się stopień znajomości problemu przez otoczenie danej rodziny. Im bardziej problem alkoholowy był znany w szerszym środowisku, nie tylko w kręgu rodziny, znajomych i przyjaciół, ale też osób niezwiązanych z rodziną – tym boleśniejsze skutki są odczuwane przez DDA. Wyjaśnieniem tego typu związku może być fakt, iż dzieci alkoholików są często napiętnowane z powodu nadużywania alkoholu przez rodzica, tak więc szersza znajomość problemu alkoholizmu w rodzinie może oznaczać większą stygmatyzację danej osoby w dzieciństwie, skutkującą głębszym odczuwaniem zranień.

Z przeprowadzonych badań wynika, że im większe było natężenie nieprawidłowej roli w rodzinie, tym bardziej obniżone jest poczucie własnej wartości.

Obniżone poczucie własnej wartości w relacjach interpersonalnych u Dorosłych Dzieci Alkoholików można wyjaśnić niszczącym wpływem rodziny z problemem alkoholowym na rozwój psychiczny i społeczny dziecka (por. np. Robinson, Rhoden, 1998, s. 66; Sammon, 1998, s. 49). Z. Sobolewska (1997) podkreśla, że życie w rodzinie z problemem alkoholowym może powodować głębokie zmiany w obrazie „ja”, takie jak: zaburzone poczucie własnej wartości, niejasny obraz siebie, tendencje do manipulowania sobą, traktowanie siebie w sposób przedmiotowy, czyli nie kierowanie się własnymi potrzebami i uczuciami, lecz wykorzystywanie własnej osoby do zdobycia, osiągnięcia czegoś, co ważne jest dla innych. Wiele osób DDA ma zaburzone

funkcjonowanie w zakresie wyznaczania granic, a więc sztywne bądź słabo zaznaczone granice „ja”.

Dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym często cierpią z powodu braku zaspokojenia podstawowych potrzeb. Szczególnie istotne dla ukształtowania się u dziecka prawidłowego poczucia własnej wartości jest zaspokojenie potrzeby miłości. Brak zaspokojenia tej potrzeby buduje w dziecku przekonanie, że nie zasługuje na miłość (Woititz, 2001, s. 50).

Tak więc u osób, które spędziły dzieciństwo w rodzinach alkoholowych wykształca się nieprawidłowa struktura „ja”. W dużej mierze wynika to z braku akceptujących postaw rodzicielskich kształtujących właściwe poczucie własnej wartości. Natomiast negatywne oddziaływania rodziców kształtują tendencje do tworzenia zaniżonej samooceny. Istotnym problemem staje się także zablokowanie rozwoju „ja” przez niedopuszczanie do świadomości ważnych dla „ja” doświadczeń - wypieranie lęku, złości, zazdrości (por. np. Kucińska, 2002b, s. 42).

Z przeprowadzonych badań wynika, że wielu DDA ma problemy w relacjach z osobami najbliższymi. Jednym ze źródeł tych problemów może być obniżone poczucie własnej wartości.

Adler, Rosenfeld, Proctor II (2006, s. 46), przytaczając badania D.E. Hamachka, wskazują na znaczenie poczucia własnej wartości w procesie porozumiewania się z innymi. Osoby o wysokim poczuciu własnej wartości najczęściej dobrze myślą o sobie i o innych, oczekują także akceptacji, korzystnie oceniają własne działania, dobrze funkcjonują nie obawiając się reakcji innych, zabiegają o uznanie ludzi reprezentujących wysokie standardy funkcjonowania, dobrze się czują w towarzystwie ludzi, których oceniają pod jakimś względem wyżej od siebie, a także potrafią obronić się przed negatywnymi komentarzami innych, co do których się nie zgadzają. Natomiast osoby o niskiej samoocenie często także do innych odnoszą się z dezaprobatą, od otoczenia spodziewają się odrzucenia, niekorzystnie oceniają swoje działania, są bardzo wrażliwi na negatywne reakcje innych, zabiegają o uznanie osób mało wymagających i mało krytycznych, czują się sfrustrowani przebywając wśród osób, które oceniają jako lepsze od siebie pod jakimś względem, a także nie potrafią się bronić przed negatywnymi komentarzami innych, a wręcz są podatni na przejmowanie niesłusznych ocen.

U wielu osób DDA występuje głębokie przekonanie o braku własnej atrakcyjności, niezależnie od walorów urody, czy osobowości. Osoby z rodzin dysfunkcyjnych nie miały okazji, aby doświadczać pozytywnego zainteresowania sobą, pochwał i aprobaty. Sytuacja ta często prowadzi do powstania i utrwalania się przeświadczenia o braku zalet pozytywnych cech oraz do nabycia przekonania o byciu osobą nieatrakcyjną (Sobolewska, 1992, s. 11n). Woititz (2003, s. 33) podkreśla także problem lęków DDA dotyczących zdemaskowania rzekomej nieatrakcyjności. Lękom tym towarzyszą obawy związane z trwałością bliskich relacji i poczucie zagrożenia dotyczące możliwości odejścia partnera po ujawnieniu „prawdy” o braku atrakcyjności. Doznane porażki, a szczególnie przypisywanie sobie winy za zaistniałą sytuację, jak to bardzo często ma miejsce w przypadku DDA, wzmacniają negatywne uczucia skierowane przeciwko sobie (złość na siebie, żal, rozczarowanie). Uczucia te odbijają się na samoocenie oraz na zawężaniu przeżyć do doświadczanych negatywnych doświadczeń, porażek.

Podjmując próbę odpowiedzi na pytanie o relacje interpersonalne badanych DDA warto sięgnąć zarówno do danych statystycznych opisujących stan cywilny osób biorących udział w badaniach, jak i do wyników uzyskanych za pomocą testów.

Otóż spośród badanych 805 DDA jedynie 22,5% – to osoby żyjące w związkach małżeńskich. Dużą część badanych DDA (43,97%) stanowiły osoby niezwiązane w żadnym związku, bądź (31,31%) żyjące w związku nieformalnym¹⁴.

Z przeprowadzonych badań wynika, że DDA w relacjach interpersonalnych przejawiają nadmierną tendencję do przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania bliskich sobie osób oraz zaspokajania ich potrzeb mimo zbyt wysokich kosztów własnych. Osoby te charakteryzuje brak umiejętności obrony własnych praw, dlatego też często godzą się na krzywdzące traktowanie. Wątpią w miłość bliskich im osób, a potrzebę bycia kochanym zaspokajają poprzez budowanie przekonania o byciu potrzebnym w życiu drugiego człowieka. Osoby te przejawiają skłonność do nadmiernej kontroli swoich bliskich, a jej utrata odbiera im poczucie bezpieczeństwa i staje się źródłem niepokoju.

Często o Dorosłych Dzieciach Alkoholików mówi się, że są to osoby „skazane na cierpienie”. Czy rzeczywiście tak jest? Przeprowadzone badania zaprezentowane w ramach tego opracowania stanowiły próbę udzielenia odpowiedzi na to pytanie.

Wynika z nich, że rodzina z problemem alkoholowym w istotny sposób wpływa na rozwój i funkcjonowanie wychowywanego w niej człowieka. Świadczy o tym zarówno wysoki procent Dorosłych Dzieci Alkoholików boleśnie odczuwających skutki wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym, jak i bardzo niski procent spośród badanych DDA, którzy w wieku dorosłym żyją z związkach małżeńskich.

¹⁴ Jak podkreśla Marzenna Kucińska na internetowej stronie poświęconej DDA, osoby, które zgłaszają się na terapię organizowaną przez Instytut Psychologii Zdrowia, mają zazwyczaj około 30-45 lat. Duża liczba spośród nich to osoby samotne. Prawie połowa nie decyduje się na stały, zalegalizowany związek, a 1/3 małżeństw zawieranych przez nich kończy się rozwodem. Jest to znacznie więcej niż wśród ogółu Polaków. DDA mają bowiem dużo obaw związanych z założeniem rodziny. Głównie boją się powtórzenia we własnym związku tego, co działo się w ich domu rodzinnym. DDA trudno się zbliżyć do innych osób, gdyż w ich doświadczeniu bliskość jest zagrażająca. W efekcie w małżeństwie często czują się nieusatysfakcjonowani, rzadko spełnia ono ich oczekiwania i nadzieje. Nie potrafią rozmawiać z partnerem, mówić o swoich uczuciach czy potrzebach.

Wielu z DDA rozpoczynając terapię ma nadzieję, że zmieni ona ich spojrzenie na własne małżeństwo. DDA często mają także kłopoty z odnalezieniem się w roli rodzica. Wielu z nich rozpoczyna terapię z powodu problemów z własnymi dziećmi. W relacji z nimi powracają własne wspomnienia z dzieciństwa. Pojawia się obawa, że je skrzywdzą, przenosząc doświadczenia z własnego domu. Często nie potrafią rozmawiać z dziećmi, ani ocenić, które problemy są normalne, a które świadczą o tym, że z dzieckiem dzieje się coś złego. Zdarza się, że u niektórych DDA własne dziecko wzbudza odruchy agresywne, trudno im się powstrzymać przed krzykiem, groźbami czy uderzeniem. Jednocześnie mają świadomość, że to nie dziecko zawiniło, że ta agresja bierze się gdzieś z głębi ich samych. Szukając pomocy dla siebie, pragną także tego, aby nie krzywdzić własnych dzieci, a więc chcą przerwać to, co często od pokoleń dzieje się w ich rodzinach w relacji rodzic-dziecko. Część DDA nie podejmuje roli partnera i rodzica, gdyż ich zdaniem podstawową rolą dla nich jest opieka nad własnymi rodzicami.

Czy więc można mówić o pewnego rodzaju determinizmie? Otóż warto tu podkreślić fakt, na który zwrócił uwagę już Woodside (1988), że wpływ rodziny z problemem alkoholowym zależy nie tylko od samego uzależnienia, ale także i przede wszystkim od tego, jaka atmosfera panowała w danym domu, od tego czy w nim występowała agresja, czy też nie, jak również od osobowości rodziców, czy od reakcji na problem uzależnienia rodzica niepijącego. Rolę rodzica niepijącego podkreślają także Adler, Rosenfeld, Proctor II (2006, s. 41). Jeśli rodzic ten ma pozytywny obraz siebie – to istnieje jednak duże prawdopodobieństwo, że dziecko za swój wzór wybierze właśnie tę osobę. Jednak również w sytuacji nieprawidłowych osobowości obydwójga rodziców, pozytywnym wzorem może stać się inna osoba (z kręgu rodziny, lub spoza), która otaczając dziecko miłością wpłynie na ukształtowanie się u niego wiary w siebie.

Reakcją dorastającego dziecka na dysfunkcyjny system rodzinny może być fizyczne bądź psychiczne zdystansowanie się od rodziny pochodzenia. Takie emocjonalne odcięcie się nie jest dobrym wyjściem z sytuacji. Może ono zakłócać proces poznawania siebie, czy proces różnicowania swojego „ja”. Emocjonalne odcięcie się i brak zrozumienia istoty doświadczanych problemów powoduje zdaniem Bowena powtarzanie problemów z rodziny pochodzenia (za: Radochoński, 1984).

Najbardziej korzystne dla osoby wzrastającej w rodzinie z problemem alkoholowym jest zmierzenie się z bolesną przeszłością i uzdrowienie zranień w procesie terapii, czy przy pomocy grup DDA. Niejednokrotnie Dorosłe Dzieci Alkoholików wymagają pomocy terapeutycznej i warto, aby z tej pomocy skorzystały.

Zaprezentowane wyniki badań wskazują one na to, że zdecydowana większość DDA odczuwa w dorosłym życiu skutki wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Ich odczuwanie w dużej mierze zależy od postaw rodziców w okresie dzieciństwa, od znajomości problemu alkoholowego w szerszym środowisku, ale także od roli pełnionej w rodzinie w okresie wzrastania, przy czym z badań wynika, że im większe było zaangażowanie w pełnienie danej roli tym bardziej w dorosłym życiu DDA charakteryzuje obniżone poczucie własnej wartości, brak umiejętności obrony własnych praw, dlatego też często DDA godzą się na krzywdzące traktowanie. Osoby te wątpią w miłość bliskich im osób, przejawiają tendencję do przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania innych oraz zaspokajania ich potrzeb, mimo zbyt wysokich kosztów własnych. Wielu DDA przejawia skłonność do nadmiernej kontroli swoich bliskich, a jej utrata odbiera im poczucie bezpieczeństwa i staje się źródłem niepokoju.

Problematyka DDA, mimo coraz częściej podejmowanych badań, nie jest jeszcze w pełni poznana. Jest w tym zakresie jeszcze wiele znaków zapytania.

Warto na przykład podjąć badania dotyczące tego, jakie czynniki warunkują podejmowanie przez dzieci nieprawidłowych ról w rodzinie z problemem alkoholowym, czy do tych czynników należą cechy osobowości ich rodziców, ich własne cechy osobowości, czy też to, że wzrastając w dysfunkcyjnej rodzinie czują się osamotnione w zmaganiu się z problemami.

Mimo, że duża grupa osób DDA nie zakłada własnych rodzin, a dla dużej grupy DDA małżeństwo kończy się rozwodem, to jednak wielu DDA zostaje rodzicami. Jakimi

są rodzicami? Czy to, że Dorosłym Dzieckiem Alkoholika jest matka ma większy wpływ na wychowywanie dzieci niż to, że DDA jest ojciec? Jakie postawy rodzicielskie przyjmują rodzice wtedy, gdy obydwoje są DDA? Warto przeprowadzić także badania, które pozwoliłyby określić jak wyglądają relacje DDA z punktu widzenia ich współpartnerów, współmałżonków, dzieci.

Tak więc w zakresie problematyki DDA jest jeszcze wiele pytań, na które warto poszukać naukowej odpowiedzi dla dobra tych osób, a także dla dobra wychowywanych w takich rodzinach dzieci.

Bibliografia:

- Ackerman, R. J. (1983). Alcoholic parents: reducing the impact. In: *Changing legacies: growing up in an alcoholic home*. 89-92. Pompano Beach, FL.
- Ackerman, R. J. (1987). *Same house, different homes: why adult children of alcoholics are not all the same*. Deerfield Park, FL.
- Ackerman, R. J. (1989). *Perfect daughters: adult daughters of alcoholics*. Deerfield Beach, FL.
- Ackerman, R. J. (1995). Dysfunctional families: myth, fact or somewhere in between. *Counselor*, 13, no 6, 8-11.
- Ackerman, R. J. (2000). Alcoholism and the family. In: Abbott, S., (ed.). *Children of alcoholics: selected readings*. 265-287. Rockville, MD.
- Ackerman, R. J., Gondolf, E. W. (1991). Adult children of alcoholics: the effects of background and treatment on ACOA symptoms. *International Journal of the Addictions*, 26, 1159-1172.
- Ackerman, R. J., Pickering, S. E. (1989). *Abused no more: recovery for women from abusive or co-dependent relationships*. Blue Ridge Summit, PA.
- Ackerman, R. J., Pickering, S. E. (2001). *Zanim będzie za późno. Przemoc i kontrola w rodzinie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Adams, W.L. (1996). Alcohol use in retirement communities. *Journal of the American Geriatric Society*, 44, 1082-1085.
- Adams, W.L. (1997). Interactions between alcohol and other drugs. in: A.M. Gurnack (ed). *Older Adults' Misuse of Alcohol, Medicines, and Other Drugs: Research and Practice Issues*. 185-205. New York: Springer.
- Adams, W.L., and Cox, N.S. (1997). Epidemiology of problem drinking among elderly people. in: A.M. Gurnack (ed). *Older Adults' Misuse of Alcohol, Medicines, and Other Drugs: Research and Practice Issues*. 1-23. New York: Springer.
- Adams, W.L.; Yuan, Z.; Barboriak, J.J.; et al. (1993). Alcohol-related hospitalizations of elderly people. *JAMA* 270(10), 1222-1225.
- Adler, R. B., Rosenfeld, L. B., Towne, N. (1992). *Interplay: The Process of Interpersonal Communication* (5th ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Adler, R.B., Rosenfeld, L.B., Proctor II, R.F. (2006). *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- De Barbaro, B. de (1994). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Barnett, O.W., LaViolette A.D. (1993). *It Could Happen to Anyone: Why Battered Women Stay*. Newbury Park, CA: Sage.

- Beardslee, W.R., Son, L., Vallant G.E.(1986). Cognitive, behavioral and emotional problems among school-age children of alcoholics parents, *American Journal of Psychiatry*, 145, 185-190.
- Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*. San Francisco: Harper.
- Beattie, M. (1994). *Koniec współzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Poznań: Wyd. Media Rodzina of Poznań.
- Beattie, M. (1996). *Beyond Codependency: And Getting Better All the Time*. New York: Hazelden Information Education.
- Beck, A.T. (1996). *Miłość nie wystarczy: jak rozwiązywać nieporozumienia i konflikty małżeński*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina of Poznań.
- Beck, A.T., Freeman, A. (1996). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E, da Costa G.A, Akman, D. Cassavia. E. (1992). A review of the long term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*; 16: 101-118.
- Berkowitz, A., Perkins H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholic. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 206-209.
- Berlin, R., Davis, R. B., & Orenstein, A. (1988). Adaptive and reactive distancing among adolescents from alcoholic families. *Adolescence*, 23, 577-584.
- Bertalanffy, L. (1984). *Ogólna teoria systemów*. Warszawa: PWN.
- Black, A.L. (1969). Altering behavior of geriatric patients with beer. *Northwest Medicine*, 68, 453-456.
- Black, C. (1981). *It Will Never Happen to Me*. New York: Ballantyne Book.
- Black, C. (1989). *It's Never Too Late to Have a Happy Childhood: Inspirations for Adult Children*. New York: Ballantyne Book.
- Black, C. (1993). *Changing Course: Turning Points to Recovery*. San Francisco: MAC Publishing.
- Black, C. (1998). Być odpowiedzialnym, dopasowywać się, łagodzić sytuację albo odgrywać się. w: B. E. Robinson (red.). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. 34–35. Warszawa: PARPA.
- Black, C.A., DeBlassie, R.R. (1993). Sexual abuse in male children and adolescents: indicators, effects, and treatment. *Adolescence*, 28, 123-133.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006) Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym. w: A. Nowak (red.). *Wybrane zjawiska powodujące zagrożenia społeczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bowen, M. (1971). Family Therapy and family group therapy. w: H. Kaplan, B. Sadock (ed.). *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams & Wilkin.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Book.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Book.
- Bradshaw, J. (1988). *The Family: A revolutionary Way of Self-Discovery*. New York: Health Communications, Inc.
- Bradshaw, J. (1990). *Homecoming: Reclaiming and Championing Your Inner Child*. New York: Bantam Book.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

- Bradshaw, J. (1996). *Family Secrets: The Path to Self-Acceptance and Reunion*. New York: Bantam Book.
- Bradshaw, J. (1997). *Toksyczny wstyd*. Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Bradshaw, J. (1998). *Healing the Shame That Binds You*. New York: Health Communication.
- Braun-Gałkowska, M. (1996). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Brągiel, J. (1996). *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Brągiel, J. (1997). Syndrom dziecka maltretowanego. w: H. Górecka (red.). *Bezpieczeństwo rodziny w okresie transformacji ustrojowej*. Olsztyn: Decora.
- Brągiel, J. (1998). Zagadnienia przemocy wobec dziecka w rodzinie. w: S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke. *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Toruń. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Brook, J.S., et al. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology* 22(3), 403-414.
- Brook, J.S., et al. (1992). Childhood precursors of adolescent drug use: A longitudinal analysis. *Genetics, Social, and General Psychology Monographs*, 118(2), 197-213.
- Brown, S. (1985). Expectancies versus background in the prediction of college drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 123-130.
- Brown, S. (1988). *Treating Adult Children of Alcoholics: A Developmental Perspective*. New York: John Wiley and Sons.
- Brown, S. (1990). *Leczenie alkoholików. Rozwojowy model powrotu do zdrowia*. Warszawa: PZWL.
- Budzyna-Dawidowski, P. (1994). Komunikacja w rodzinie. w: B. de Barbaro (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. 56-68. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*. Minneapolis: Johnston Institute Book.
- Cermak T.L. (1988). *A Time to Heal*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher.
- Cermak, T.L., Rutzky, J. (1998). *Czas uzdrowić swoje życie*. Warszawa: PARPA.
- Chassin, L., Barrera, M., Bech, K., & Kossak-Fuller, J. (1992). Recruiting a community sample of adolescent children of alcoholics: A comparison of three subject sources. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 316-319
- Chassin, L., et al. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology* 100(4), 449-463.
- Chassin, L.; Rogosch, F.; and Barrera, M. (1991). Substance Use and Symptomatology Among Adolescent Children of Alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 449-463.
- Christensen, H. B., and Bilenberg, N. (2000). Behavioral and Emotional Problems in Children of Alcoholic Mothers and Fathers. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 219-226.
- Cierpiątkowska, L. (1992). Rodzina a alkoholizm. Studium rozwojowo-systemowe. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 51-63.
- Cierpiątkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Małżeństwo w procesie zdrowienia*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM.
- Cierpiątkowska, L. (2000). *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*. Poznań: Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Conway, J. (1997). *Dorośle dzieci rozwiedzionych rodziców*. Warszawa: Logos.

- Cork, M. (1969). *The forgotten children: alcoholism and drug addiction*. Toronto: Research Foundation.
- Czabała, Cz. (1988). Rodzina a zaburzenia psychiczne. Koncepcje i studia nad percepcją interpersonalną. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Deutsch, C. (1992). Rozbite szkło, rozbite marzenia. O świecie przeżyć dzieci alkoholików. w: *Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać*. A. Pacewicz (red.). 31-96. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- DiCicco, L., Davis, R., Orenstein, A. (1984). Identifying the children of alcoholic parents from survey response. *Journal of Alcohol Drug Education*, 30, 1-17.
- Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (1999). Przemoc w rodzinie: diagnoza i interwencje kryzysowe. w: W. Badura-Madej (red.). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice: BP.
- Dodzik, A., Kamecki, W. (1994). *Wyjść z matni. Proste rozmowy o zgubnym nałogu*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Dodziuk, A. (2001). Psychoterapia i rozwój. *Świat Problemów*, 11, 21-24.
- Gaś, Z.B. (1987). *Agresja a osobowość w uzależnieniach*. Rzeszów: WSP.
- Gaś, Z.B. (1993). *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gaś, Z.K. (1994). *Uzależnienia: skuteczność programów profilaktyki*. Warszawa: WSiP.
- Gondolf, E. W., Ackerman, R. J., (1993). Validity and reliability of an "Adult Children of Alcoholics". *International Journal of the Addictions*, 28, 257-269.
- Grudziak-Sobczyk, E., Morawski J. (1988). Współuzależnienie – co to jest? *Problemy Alkoholizmu*, 10, 11–12.
- Grzesiuk, L. (1987). Strukturalna terapia rodzin w ujęciu Minuchina. *Nowiny Psychologiczne*, 33-48.
- Hellsten, T. (2006). *Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików*. Łódź: Ravi.
- Iwaniec, D., Sneddon H., Monteith M. (2002). Definicja i przejawy krzywdzenia emocjonalnego dzieci. w: D. Iwaniec, J. Szmigielski (red.). *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Jabłońska, E. (1998). Dorosłe dzieci alkoholików. *Wychowanie na co Dzień*, 10/11, 40-41.
- Jabłoński, K. (2005a). Sam się sobą zajmę. *Charaktery*, 4, 24-25.
- Jabłoński, K. (2005b). I chcą i boją się. *Charaktery*, 5, 19-20.
- Jarosz, M. (1982). Rodziny dysfunkcyjne, w: M. Jarosz (red.). *Rodzina Polska Lat Siedemdziesiątych*. 153-196. Warszawa: PWN.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- Jona, I. (1997). Zespół stresu pourazowego u DDA. w: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.). *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków. PARPA.
- Józefik, B. (1994). Strategie rodzinne. w: B. de Barbaro (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. 69-78. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Józefik, B. (2003). Rozwój myślenia systemowego a terapia rodzin. w: L. Górniak, B. Józefik (red.). *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Keltner, N.L., McIntyre, C.W. and Gee, R. (1986). Birth order effects in second generation alcoholics. *Journal on Alcohol Studies*, 47, 495-497.
- Kłodecki, A. (1990). Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym i sugestie działań terapeutycznych. w: M. Orwid, C. Czabała (red.). *Terapia rodzin i małżeństw*. 83–92. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Kłodecki, A. (2000). Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym. w: E. Milewska, A. Szymanowska (red.). *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. 170-184. Warszawa: Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Kmieciak-Baran, K. (1998). Konsekwencje przemocy doświadczanej w dzieciństwie. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 4, 26-29.
- Kmieciak-Baran, K. (2000). *Młodość i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Kobiałka, A. Strzemieczny, J. (1988). Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, 64-86.
- Kołbik, I. (1994). Wywiad rodzinny z użyciem genogramu. w: B. de Barbaro (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. 97-109. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Kowaluk, M. (1998). Nadużywanie alkoholu przez rodziców, a deformacje zachowań dzieci. w: M. Ochmański (red.). *Uniwersyteckie kształcenie nauczycieli a psychologiczne czynniki rozwoju ucznia*. 325-335. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Krawczyk-Bocian, A. (2005). Trzy oblicza dorosłych dzieci alkoholików. *Świat Problemów*, 4, 31-33.
- Kritsberg, W. (1985). *The Adult Children of Alcoholics Syndrome: A Step-by-Step Guide to Discovery and Recovery*. New York: Bantam Book.
- Kucińska, M. (1997). Podwójny obraz. *Świat Problemów*, 10, 17-20.
- Kucińska, M. (2002a). Dorosłe Dzieci Alkoholików-kim są?, *Charaktery*, 8, 42-43.
- Kucińska, M. (2002b). Dom bez ścian dzieci bez rodziców. *Charaktery*, 9, 41-43.
- Kucińska, M. (2002c). Zamrożeni ludzie. *Charaktery*, 12, 46-45.
- Kucińska, M. (2003). DDA, czyli Dorosłe Dzieci Alkoholików. w: P. Żak (red.). *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O dorosłych Dzieciach Alkoholików*, 23-77. Kielce: Wydawnictwo „Charaktery”.
- Kucińska, M., (1999). Alkoholowy dom i życie z alkoholikiem. *Świat Problemów*, 10 (81). 32-34.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997). Doświadczenia przemocy w rodzinie występujące u pacjentek współuzależnionych a poczucie koherencji. *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28), 453-463.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997a). Założenia koncepcyjne i badania pilotażowe programu badawczego Analiza przebiegu i Efektów Terapii Osób Współuzależnionych. *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28), 431-440.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997b). Wyniki badań pilotażowych programu APETOW- charakterystyka pacjentek współuzależnionych. *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28). 341-454.
- Kurza, K. (2000a). *Przegląd badań dotyczących współuzależnienia*. Warszawa: IPZ.
- Kurza, K. (2000b). Charakterystyka kobiet współuzależnionych. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6(15), 17-19.
- Kurza, K. (2000c). Zaburzenia w funkcjonowaniu psychologicznym kobiet współuzależnionych. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2(11), 31-35.
- Kurza, K. (2000d). Efektywność terapii współuzależnienia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4(13), 12-15.
- Kurza, K. (2000e). Współuzależnienie kobiet. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3(12), 25-28.

- Kurza, K. (2001). Funkcjonowanie psychologiczne kobiet współuzależnionych pół roku po terapii. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4(19), 24-26.
- Kurza, K. (2002). Analiza Przebiegu i Efektów Terapii dla Osób Współuzależnionych. Raport zbiorczy-podsumowanie programu badawczego APETOW 1998-2002, IPZ, Warszawa, <http://psychologia.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2615>.
- Kurza, K. (2003a). Proces pozytywnych zmian, *Świat Problemów*, 9(128), 23-26.
- Kurza, K. (2003b). Współuzależnienie a strategie radzenia sobie ze stresem, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4, 16-18.
- Kurza, K. (2004). Jak radzą sobie z ze stresem żony alkoholików, które zgłosiły się na terapię?, *Świat Problemów*, 4 (135), 8-12.
- Ledwoch, B.M. (1993). Rozwój dziecka w rodzinie alkoholików – syndrom uzależnienia. *Problemy Alkoholizmu*, 5.
- Libera, A. (2003). Obraz siebie u żon alkoholików. *Świat Problemów*, 9 (128). 27-29.
- Lipowska-Teutsch, A. (1992). *Rodzina a przemoc*. Kraków: Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej.
- Lipowska-Teutsch, A. (1998). *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*. Warszawa: PARPA.
- Łukaszewicz, M. (2002). Wpływ postaw rodzicielskich na poziom agresywności młodzieży. *Wychowanie na co Dzień*, 7-8, 14-16.
- Maciejewska, M. (1998). Osiągnięcia szkolne dzieci z rodzin alkoholowych, *Wychowanie na co Dzień*, 10/11, 13-17.
- Marczak, H. (1998). Dzieci z rodzin dotkniętych alkoholizmem, ich sytuacja psychiczna i formy pomocy. w: S. Kawula, H. Machela (red.). *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne: diagnoza, profilaktyka, resocjalizacja*. 137-150. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Margasiński, A. (1995). Psychologiczna analiza systemów rodzinnych z chorobą alkoholową. *Świat Problemów*, 12, 13-17.
- Margasiński, A. (2000). Syndrom współuzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5, 31-35.
- McConnel P (1996). *Po deszczu jest słońce. Poradnik terapeutyczny dla dorosłych dzieci alkoholików*. Gdańsk. GWP.
- Mellibruda, J. (1995). *Pułapka nie przebaczonej krzywdy*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*. Warszawa: CRS
- Mellibruda, J. (1997a). DDA - kim właściwie są?, *Świat Problemów*, 10, 5-10.
- Mellibruda, J. (1997b). Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28), 277-306.
- Mellibruda, J. (1998). Patrząc na przemoc. *Świat Problemów*, 5, 4-10.
- Mellibruda, J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: Wyd. IPZ.
- Mellibruda, J. (2003). *Tajemnice ETOH, Fundacja Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych*. Warszawa.
- Mellibruda, J., Kucińska, M. (1999). *Psychopathology Of Co-Dependent Patient-Codependency As A Health Problem, doniesienie z programu badawczego APETOW na 13 Konferencję European Health Psychology Society "Psychology and the Renaissance of Health" we Florencji*, <http://www.psychologia.edu.pl/druk.php?id=2597>.

- Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 421-430.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989a). *Psychologiczne problemy żon alkoholików, sprawozdanie z II fazy badań*. Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989b). Współuzależnienie i inne problemy psychologiczne żon pacjentów uzależnionych. Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Mellody, P. (1993). *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Mellody, P. (2005). *Toksyczna miłość*. Warszawa: Wyd. J. Santorski & CO.
- Mellody, P., Wells M., Miller, J. K. (1989). *Facing Codependence: What It Is, Where It Comes From, How It Sabotages Our Live* New York: Harper & Row.
- Mellody, P., Wells, M-Miller A. (1989). *Breaking Free: A Recovery Workbook for Facing Codependence*. New York: HarperCollins Publisher .
- Mellody, P., Wells-Miller, A., Miller, K.J. (1989). *Facing Codependence: What it is, Where it Comes From, How it Sabotages our Live*. New York: HarperCollin.
- Miller, I., Tuchfeld, B. (1990). Dorosłe Dzieci Alkoholików, *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, 142-145.
- Miller, P.M., et al. (1990). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(4), 343-349.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Pres.
- Mościcka, L. (1991). Od redakcji. w: L. Mościcka (red.). *Rodziny dysfunkcyjne*. 3-8. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Mullender, A., Morley, R. (ed). (1994). *Children Living with Domestic Violence: Putting Men's Abuse of Women on the Child Care Agenda*. London: Whiting and Birch.
- Niebrzydowski, L. (1999). Postawy rodzicielskie w percepcji młodzieży z rodzin obciążonych alkoholizmem a poziom jej lęku i agresji. w: H. Machela, K. Wszeborowski (red.). *Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Ochmański, M. (1985). Cechy osobowości młodzieży pochodzącej z rodzin alkoholików. *Szkoła Spec.*, 2, 101-107.
- Ochmański, M. (1985). Rozwój intelektualny młodzieży z rodzin alkoholycznych i niealkoholycznych. *Zagadnienia Wychowania a Zdrowie Psychiczne*, 1, 37-47.
- Ochmański, M. (2001). *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ostoja-Zawadzka, K. (1998). Mity rodzinne. w: Wprowadzenie... dz. cyt., 85-90.
- Pacewicz, A. (1992). *O nadużyciach seksualnych wobec dzieci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Pacewicz, A. (1994). *Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać?* Warszawa: PARPA.
- Pawłowska, R. (1996). Model rodziny w oczach młodzieży z rodzin alkoholowych. *Problemy Alkoholizmu*, 12, 3-7.
- Pawłowska, R. (1997). Przemoc wobec dzieci w rodzinie nadużywającej alkoholu. *Problemy Alkoholizmu*, 2-3, 3-8.
- Pawłowska, R. (1998). Pomoc poradni odwykowych i grup AA w poszukiwaniu i odkrywaniu wartości. w: S. Kawula, H. Machela, (red.). *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne. Diagnozy – Profilaktyka – Resocjalizacja*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. 1998.

- Pawluk, M. (2004). *Role przyjmowane w dzieciństwie oraz samoświadomość i kompetencje społeczne dorosłych córek alkoholików*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: UKSW.
- Pielka, H. (1986). Uzależnienie alkoholowe rodziców. *Człowiek i Światopogląd*, 7-8, 87-96.
- Płeczkan, K. (1998). Sytuacja dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym, w: H. Cudak (red.). *Problemy współczesnej rodziny w Polsce. Materiały z II Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego*. Piotrków Trybunalski: Wydawnictwo Filii Kieleckiej WSP w Piotrkowie Trybunalskim.
- Pohorecka, A. (1997). Funkcjonowanie rodziny a zagrożenie uzależnieniem. w: B. Kamińska-Buśko (red.). *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*. 105-135. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Praszkiec, R. (1992). *Zmieniać nie zmieniając. Ekologia problemów rodzinnych*. Warszawa: WSiP.
- Praszkiec, R. (1994). O podejściu ekologicznym w terapii. *Gestalt*, 14, 9-13.
- Radochoński, M. (1984). *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*. Rzeszów: WSP.
- Radochoński, M. (1986). Rodzina jako system psychospołeczny. *Problemy Rodziny*, 5, 13-21.
- Robinson, B.E. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Robinson, B.E., Rhoden, J.L. (2003). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Robinson, B.E., Woodside, M. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PARPA.
- Ryś, M. (1998). Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna. *Studia nad Rodziną*, 2, 65-74.
- Ryś, M. (2001). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Ryś, M. (2002). Rodzinne uwarunkowania uzależnień. w: W. Bołoz, M. Ryś (red.). *Między życiem a śmiercią. Uzależnienia, eutanazja, sytuacje graniczne*. 41-65. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Ryś, M. (2003). Integracja rodziny a uzależnienia. w: W. Nowak, M. Tunkiewicz (red.). *Rodzina w jednoczącej się Europie*. 17-34. Olsztyn: Wyd. Hosianum.
- Ryś, M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: PWN.
- Ryś, M. (2011). *Adult Children of Alcoholics. Psychological analysis of consequences of growing up in families with alcohol problems*. Warszawa 2011: PWN.
- Ryś, M., Wódcz E. (2003). Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci alkoholików. *Studia Psychologica*, 4, 107-122.
- Schaefer, A.W. (1986). *Codependence: Misunderstood. Mistreated*. San Francisco: Harper.
- Sher, K. (1987). Stress response dampening. w: H. Blane, K. Leonard (eds.). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. 227-271. New York: Guilford Press.
- Sher, K.J. (1987). Stress response dampening. in: H. T. Blane K. E. Leonard (eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. 227-271. New York: Guilford.
- Sher, K.J. (1997). Psychological Characteristics of Children of Alcoholics, *Alcohol. Health & Research World*, 21(3), 247-254.
- Sher, K. J.; Walitzer, K. S.; Wood, P. K.; and Brent, E. E. (1991). Characteristics of Children of Alcoholics: Putative Risk Factors, Substance Use and Abuse, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100:427-448.
- Siek, S. (1986). *Formowanie się osobowości*. Warszawa: ATK.

- Śledzianowski, J. (1998). Dysfunkcjonalność rodziny a ucieczki dzieci z domu rodzinnego. w: H. Cudak (red.). *Problemy współczesnej rodziny w Polsce. Materiały z II Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego*. Piotrków Trybunalski: Wydawnictwo Filii Kieleckiej WSP w Piotrkowie Trybunalskim.
- Sobolewska, Z. (1992). *Odebrane dzieciństwo*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Sobolewska, Z. (1996). W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia. *Świat Problemów*, 1-2, 4-10.
- Sobolewska, Z. (1997). Czy potrzebują terapii i jakiej? *Świat Problemów*, 10, 13-16.
- Sobolewska, Z. (2002). Współuzależnienie. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4 (25), 36-38.
- Straus, M.A. (1979). Family patterns and child abuse in a nationally representative American sample. *Child Abuse and Neglect*, 3(1), 213-225.
- Straus, M.A., Gelles, R.J., Steinmetz, K.: (1980, 1988). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York: Anchor Pres.
- Strojny, G., Walczyński B. (1996). Percepcja komunikacji z ojcem i obraz siebie u dorosłych synów alkoholików w: A. Januszewski, P. Oleś, W. Obrębski (red.). *Studia z psychologii w Katolickim*
- Szczepańska, H. (1996). *Trening Asertywności dla Współuzależnionych (TAW)*. Poradnik terapeuty. Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Szczukiewicz, P. (2004). Umiejętności interpersonalne w kontekście wychowawczym. *Remedium*, 2, 14-15.
- Szmajke, A. (2001). Autoprezentacja – niewinny spektakl dla innych i dla siebie. w: M. Kofta, T. Szustrowa (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. 146-175. Warszawa: PWN.
- Sztajner, A. (1994). Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym. *Problemy Alkoholizmu*, 6, 3-7.
- Sztander, W. (1993). *Rodzina z problemem alkoholowym*. Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (1995). Co to jest rodzina alkoholowa? *Świat Problemów*, 12, 4-7.
- Sztander, W. (1997). *Poza kontrolą*. Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (2003). *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*. Warszawa: PARPA. .
- Szumski, J. (1998). Społeczne uwarunkowania przemocy. w: J. Papież, A. Płukis (red.). *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*. 32-40. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Tchorzewski, A.M. (1998). Rodzaje i rozmiary dysfunkcji i patologii w rodzinie w okresie transformacji w Polsce. w: H. Cudak (red.). *Problemy współczesnej rodziny w Polsce. Materiały z II Ogólnopolskiego Sympozjum Naukowego*. Piotrków Trybunalski: Wydawnictwo Filii Kieleckiej WSP w Piotrkowie Trybunalskim.
- Teesson, M., Degenhardt, L., Hall, W. (2003). *Addictions*. New York: Taylor and Francis Group.
- Teesson, M., Degenhardt L., Hall W. (2005). *Uzależnienia*. Gdańsk: GWP.
- Tryjarska, B. (1994). Terapia rodzinna. w: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. 245-293. Warszawa: PWN.
- Tryjarska, B. (2003). Komunikacja między małżonkami niezadowolonymi ze związku. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 5-14.
- Whitfield, Ch.L. (1987). *Healing the Child Within: Discovery and Recovery for Adult Children of Dysfunctional Families*. New York: Health Communications, Inc.

- Widera-Wysoczańska, A. (2003). Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika. w: P. Żak (red.). *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*. 7-23. Kielce: Wydawnictwo „Charaktery”.
- Wilson, C., and Orford, J. (1978). Children of Alcoholics: Report of a Preliminary Study and Comments on the Literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 121–142.
- Wills-Brandon, C. (1994). *Jak mówić NIE i budować udane związki*. Gdańsk: GWP.
- Wilsnack, R.W., Wilsnack, C. (red.).(1997). *Gender and alcohol. Individual and social perspective Rutgers Center of Alcohol Studies*, New York: New Brunswick.
- Wilson-Schaef, A. (1986). *Co-dependence. Misunderstood*. San Francisco: Harper & Row, Pub.
- Windle M., Searles J.S. (1990), Summary, integration, and future directions: Toward a lifespan perspective, w: M. Windle, J.S., Searles, *Children of Alcoholics: Critical Perspectives*. 217-238. New York: Guilford Press.
- Włodawiec, B. (1997). Jak wychować ofiarę przemocy?. *Świat Problemów*, 5, 26-31.
- Włodawiec, B. (1998). Obraz uwikłania. *Świat Problemów*, 1 (60), 8-12.
- Wobiz, A. (2001). *Współzależnienie w rodzinie alkoholowej*. Warszawa: Wyd. „Akuracik”.
- Woititz, J.G. (1983). *Adult children of alcoholics*. Pompano Beach, FL: Fla: Health Communications.
- Woititz, J.G. (1986). *Struggle for Intimacy*. New York: Health Communication.
- Woititz, J.G. (1989). *Self-Sabotage Syndrome: Adult Children in the Workplace*. New York: Health Communication.
- Woititz, J.G. (1992). *Wymarzone dzieciństwo*. Gdańsk: GWP.
- Woititz, J.G. (1994). *Dorośle dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii, Zdrowia i Trzeźwości PTP.
- Woititz, J.G. (1994a). *Małżeństwo na lodzie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Woititz, J.G. (2003). *Lęk przed bliskością*, Gdańsk: GWP.
- Woodside, M. (1988). Research on Children of Alcoholic. *British Journal of Addiction*, 89, 785-791.
- Woronowicz, B.T. (1993). *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (1994). *O czym powinien wiedzieć terapeuta uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Woronowicz, B.T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (2001). *Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woronowicz, B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań-Warszawa: Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Woydyło, E. (1990). *Początek drogi*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woydyło, E. (1993). *Aby wybaczyć. Poradnik dla rodzin alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woydyło, E. (1998). *Wybieram wolność*. Warszawa: Wydawnictwo „Akuracik”.
- Zielińska, R. (1998). Rodzina w alkoholowej matni. *Wychowanie na co Dzień*, 10/11, 36-37.
- Ziemska, M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Ziemska, M. (1986). Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka. w: M. Ziemska (red.). *Rodzina i dziecko*. 155-197. Warszawa: PWN.
- Żak, P. (2006). *Gdzie się podziało moje dzieciństwo*. Warszawa: Wyd. „Charaktery”.