

Funkcjonowanie psychologiczne osób z syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika – badania własne

Psychological functioning of adult children of alcoholics

Barbara Bętkowska-Korpała
Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Jolanta Ryniak
NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień

Wprowadzenie

Celem opracowania jest przedstawienie funkcjonowania psychologicznego osób dorosłych dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu jednego lub obojga rodziców, u których rozpoznano syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika (Adult Children of Alcoholics).

Doświadczenia z dzieciństwa i dorastania w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu stanowią ryzyko powstawania różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i zachowania, o szerokim spektrum - od nerwicowych do psychotycznych. W piśmiennictwie najczęściej wymieniane są zaburzenia: stresu pourazowego, adaptacyjne, depresyjne, lękowe, antysocjalne i nadużywanie substancji psychoaktywnych (Bętkowska-Korpała, Ryniak, 2007; Cork, 1969; Kurza,

2006; Ślaski, 2005), a także obserwuje się impulsywność w zachowaniu oraz trudności w relacjach interpersonalnych (Coleman, Frick, 1994; Kelly, Nair, Rawlings, Cash, Steer, Fals-Stewart, 2005). Dzieciństwo i dorastanie w rodzinie alkoholowej nie determinuje rozwoju zaburzeń psychopatologicznych, jednakże stwarza warunki ich powstania, poprzez ryzyko poważnych zaniedbań wychowawczych wynikających z uzależnienia od alkoholu jednego lub obojga z rodziców, ich psychopatologii oraz przemocy i nadużyć różnego rodzaju: emocjonalnych, fizycznych i seksualnych (Harter, 2000; Harter, Taylor, 2004).

Szczególne znaczenie w funkcjonowaniu psychologicznym w dorosłości mają doświadczenia w zakresie życia w rodzinie generacyjnej. Te doświadczenia składają się na utrwalony, charakterystyczny sposób

funkcjonowania, przystosowania psychospołecznego w dorosłym życiu, który nazwano terminem „Dorosłe Dziecko Alkoholika” (DDA). Zarówno teoretycy, jak i klinicyści, stwierdzają, że w rozwoju syndromu DDA znaczenie ma kilka kluczowych obszarów (10). Pierwszy z nich dotyczy przeżywania odrzucenia przez rodziców, które sprzyja tłumieniu emocji i nierozpoznawaniu potrzeb. Drugi obszar jest związany z niestabilnością sytuacji rodzinnej w życiu codziennym i z nieprzewidywalnością zdarzeń. Generuje to lęk przed zmianą i ciągłe życie w poczuciu zagrożenia. Kolejne doświadczenia koncentrują się wokół doznawania przemocy psychicznej, fizycznej oraz ekonomicznej. Skutkuje to przeżywaniem ciągłego lęku, napięcia, poczucia krzywdy, gotowości do podejmowania działań. Czwarty obszar dotyczy doświadczania nadużyć seksualnych. Powodują one zaburzenia tożsamości, brak akceptacji własnej cielesności, odcinanie się od potrzeb seksualnych. Piątym obszarem specyficznych doświadczeń jest brak jednoznacznego systemu wartości. Efektem tego może być nieufność wobec autorytetów, labilna postawa moralna oraz trudności w planowaniu celów życiowych i określania sensu życia.

Pomimo tych niekorzystnych warunków rozwojowych, badania wskazują także na istnienie czynników chroniących osoby pochodzące z rodzin alkoholowych przed powstawaniem zaburzeń zdrowia psychicznego. Czynniki te lokalizowane są zazwyczaj w obszarach zdrowego funkcjonowania rodziny, w tym adekwatnego pełnienia ról – dzieci i rodziców, predyspozycji osobowościowych i zdolności adaptacyjnych dziecka

oraz społecznych uwarunkowań. U osób, które zostały wychowane w rodzinie alkoholowej rozwijają się nieraz bardzo korzystne społecznie cechy osobowości, m.in. odpowiedzialność, wrażliwość w relacjach, altruizm (za: 9).

Uwzględniając powyższy opis warunków rozwoju grupa osób, u których rozpoznaje się syndrom DDA i która zgłasza się po pomoc terapeutyczną jest niejednorodna w aspekcie funkcjonowania psychologicznego oraz występujących objawów psychopatologicznych o różnym stopniu ich nasilenia (9,11).

W literaturze prowadzona jest dyskusja czy problemy psychologiczne osób dorastających w rodzinie alkoholowej są wyjątkowe i specyficzne, a nawet pojawia się pogląd, że traktowanie DDA jako odrębnej grupy jest wynikiem „potrzeby specyficznego leczenia” (4,12). Niezależnie od wyników dyskusji na ten temat ważne jest aby tym osobom, które potrzebują lub zgłaszają się po pomoc, zaproponować jak najbardziej optymalną terapię. W polskim systemie leczenia odwykowego, które wśród swoich zadań ma pomoc nie tylko osobom uzależnionym lecz także członkom ich rodzin, u których stwierdza się problemy wynikające z codziennego życia z osobą uzależnioną, funkcjonują placówki, które pracując w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych mają w swojej ofercie pomoc osobom dorastającym w rodzinie z problemem alkoholowym. Wśród zgłaszających się do tego rodzaju placówek prawie 20% z nich miało wcześniejsze doświadczenia w zakresie leczenia w placówkach zdrowia psychicznego: poradniach zdrowia psychicznego, czy od-

działach psychiatrycznych. W tej grupie osób leczonych wcześniej stwierdzono większe nasilenie objawów psychopatologicznych i trudności adaptacyjnych w porównaniu do osób, które zgłosiły się do psychoterapii po raz pierwszy (1).

Typowa procedura pomocy specjalistycznej rozpoczyna się od kontaktu indywidualnego, w czasie którego dokonywana jest diagnoza problemów z jakimi zgłasza się pacjent oraz ustalenie interwencji, niekiedy związanej np. z doświadczaniem przemocy oraz wstępnie ustalone są kierunki oddziaływania. Przeprowadzana jest konsultacja psychiatryczna oraz psychologiczna diagnoza kliniczna których wynikiem jest ustalenie celów i obszarów pracy psychoterapeutycznej z uwzględnieniem kluczowych problemów pacjenta oraz sposobu jego funkcjonowania. Weryfikuje ona hipotezy diagnostyczne wykorzystując do tego różne narzędzia badawcze. Najczęściej obejmuje rozpoznanie w zakresie: objawów psychopatologicznych, rozumienia źródeł i rodzaju zaburzeń, całościowego sposobu funkcjonowania (z uwzględnieniem deficytów i zasobów), ocenę wybranych obszarów (np. osobowości, sprawności funkcji poznawczych w odniesieniu do normy psychicznej) oraz zastosowanie farmakoterapii. Równoległe do kontaktu indywidualnego następuje włączenie do grupy psychoedukacyjnej, w trakcie której omawiane są specyficzne procesy zachodzące w rodzinie alkoholowej, dostarczana jest wiedza na temat mechanizmów uzależnienia i zjawiska współuzależnienia, ról dzieci w tych rodzinach i inne tematy. Dalsze oddziaływanie opiera się na długoterminowej psychoterapii indywidualnej i/lub

grupowej, zależnie od możliwości pacjenta. Dlatego u podstaw prawidłowego procesu ich leczenia niezbędne jest przeprowadzanie diagnozy psychologicznej i psychiatrycznej, która pozwala na określenie kierunków terapii.

W badaniach własnych, na podstawie literatury i obserwacji klinicznych, przyjęto hipotezę, że u osób u których stwierdzono obecność cech syndromu Dorosłego Dziecka Alkoholika, można wyodrębnić specyficzne profile funkcjonowania psychologicznego, które odnoszą się do współwystępowania i nasilenia zmiennych osobowościowych z uwzględnieniem zaburzeń psychopatologicznych.

Grupa badana

Badaniem objęto grupę 111 osób (76 kobiet i 35 mężczyzn, średnia wieku badanych wyniosła 27 lat, przedział wieku od 19 do 45 lat), wybranych losowo spośród pacjentów leczonych w NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień w latach 2004-2007. Warunkiem włączenia do grupy badawczej było rozpoznanie cech charakterystycznych dla syndromu DDA i kwalifikacja do programu psychoterapeutycznego dla osób dorastających w rodzinie z problemem alkoholowym, u których stwierdzono trudności w funkcjonowaniu psychologicznym wynikające z dorastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Wykluczono osoby, u których stwierdzono w wywiadzie uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

W grupie badanych 63% osób miało średnie wykształcenie, z których 78% studiowało a 27% osób miało wykształcenie

wyższe, z czego trzy osoby były na studiach doktoranckich. Natomiast 5% osób badanych miało zawodowe wykształcenie. Ustalono, że 93% osób było stanu wolnego, a tylko 7% osób było w związkach małżeńskich.

Metody

Dane uzyskano poprzez analizę historii chorób, w których umieszczony był także Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości MMPI-2. Test osobowości jest standardowo przeprowadzany na początku leczenia, w procesie diagnozy psychologicznej. MMPI stosowany jest do różnicowania zaburzeń psychicznych i zachowania, dostarcza informacji o strukturze osobowości badanego. Służy on ocenie objawów klinicznych, analizie poziomu funkcjonowania, określeniu etiopatogenezy występujących zaburzeń i najbardziej prawdopodobnego rozpoznania u osoby z danym profilem oraz planowaniu terapii i ocenie efektów leczenia. W niniejszych badaniach zastosowano polską wersję MMPI-2 (7).

Wyniki

W badaniach analizowano wyniki tenowe dla skal kontrolnych (L – kłamstwa, F - rzadkiego odpowiadania, K - nastawień obronnych) oraz profilu klinicznego (Hp - hipochondrii, D - depresji, Hs - hysterii, Ps - psychopatii, Mk - męskości-kobiecości, Pa - paranoi, Pt - psychastenii, Sc - schizofrenii, Ma - manii, Si - introwersji/ekstrawersji) oraz wybranych skal dodatkowych (Mac-R – zrewidowana skala alkoholizmu MacAndrew,

APS –potencjalnego uzależnienia, AAS - rzeczywistego uzależnienia, PK – zespół stresu pourazowego Keana, OH – nadmiernej kontroli wrogości, MDS – konflikty i trudności małżeńskie).

Ocenę uzyskanych rezultatów rozpoczęto od zaprezentowania wartości średnich i odchyłeń standardowych poszczególnych skal kontrolnych i klinicznych w teście MMPI-2 dla całej badanej grupy (tabela 1).

Tabela 1

Uśrednione dla całej grupy wyniki oscylują wokół tzw. ciszy interpretacyjnej. Ze względu na bardzo duże zróżnicowanie nasilenia badanych cech testem MMPI-2 przeprowadzono analizę skupień. Analiza wyodrębniła trzy grupy badanych. Rycina 1 prezentuje graficzne przedstawienie średnich profili dla 3 skupień. Skupienie 1 zawiera wyniki dla 45 osób, skupienie 2 dla 44, a skupienie 3 dla 22 osób.

Rycina 1

Następnie przeprowadzono analizę wariancji, celem porównania wartości skal kontrolnych i klinicznych w wyłonionych grupach (tabela 2).

Tabela 2

Analiza wskazała, że profile różniły się w sposób bardzo istotny prawie we wszystkich skalach testu MMPI-2. Różnic nie stwierdzono jedynie w skali MK (męskość-kobiecość).

Omówienie wyników

Przyjęta hipoteza znalazła swoje potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach. Pod względem współwystępowania i nasilenia zmiennych osobowościowych w kontekście objawów psychopatologicznych, którym odpowiadają poszczególne profile kliniczne testu MMPI-2 wyodrębniono trzy grupy pacjentów z syndromem DDA. Wyłonionym grupom osób zaproponowano nazwy, które określają najbardziej typowe przejawy funkcjonowania psychologicznego. I tak, pierwszy opisywany profil został nazwany „**profilem niskoobjawowym**”, drugi „**profilem depresyjno-lękowym**”, a trzeci „**profilem wysokoobjawowym**”. Podobne wyniki w zakresie profili klinicznych uzyskano w mniejszej, 67-osobowej grupie, którą analizowano również pod względem różnic płciowych, źródła utrzymania, mieszkania z rodziną generacyjną lub poza rodziną pochodzenia oraz wcześniejszych doświadczeń w zakresie leczenia w placówce zdrowia psychicznego (1). Poniżej przedstawiono opisową charakterystykę dla uśrednionych profili, które opisują sposób funkcjonowania w poszczególnych grupach osób z syndromem DDA.

Analiza profilu dla pierwszego czyli „**niskoobjawowego**” skupienia wskazuje, że osoby zakwalifikowane do tej grupy charakteryzuje współpracująca postawa wobec badania oraz dobry ogólny poziom przystosowania. Wśród obserwowanych objawów i zachowań są: trudności adaptacyjne, czujność, nieufność, nieśmiałość, cechy depresyjności, poszukiwanie akceptacji przy podejmowaniu decyzji, podejmowanie działań, które mogą być niedbałe, powierzchowne, nadmierna ilość inicjatyw bez oceny możliwości zrealizowania

zadań „słomiany zapal”, brak wrażliwości na krytykę. Nie przejawiają zainteresowania relacjami interpersonalnymi pomimo umiejętności funkcjonowania w grupie. Niewątpliwie zasobem osób w tej grupie, szczególnie w perspektywie terapii jest zintegrowana struktura osobowości, względne zrównoważenie emocjonalne, rozwiązywanie i kontrolowanie problemów, dobra kontrola niepokoju, współpracująca postawa i młody wiek. W sugestjach na temat rozpoznania objawy mogą wynikać z niskiej samooceny i deficytów w zakresie relacji interpersonalnych. Formą terapii, która wydaje się najbardziej adekwatna dla tej grupy osób jest psychoterapia grupowa.

Ze względu na konfigurację profilu klinicznego w drugim skupieniu nazwano go „**profilem depresyjno-lękowym**”. W postawie do badania obserwuje się tendencje do wyolbrzymiania trudności. Ogólny poziom przystosowania sugeruje brak poważniejszych konfliktów emocjonalnych i napięć, choć w sytuacjach trudnych mogą wystąpić zaburzenia. Wśród obserwowanych objawów i zachowań ujawnia się: sztywność adaptacyjna, nieufność, podejrzliwość, nieśmiałość, skrytość, raczej introwertywność, pesymistyczne nastawienie, brak pewności siebie, szukanie poczucia bezpieczeństwa i sytuacji przewidywalnych, objawy depresyjne i lękowe oraz przeżywanie myślowe, dążenie do zrealizowania zamierzonych celów w sposób uporządkowany i precyzyjny, zależność lub tendencja do dominacji, zachowań buntowniczych, impulsywności, łamanie norm i zasad, obniżenie kontroli wrogości, objawy stresu pourazowego. Nie wykazują zainteresowania relacjami interpersonalnymi i mogą mieć trudności w funkcjonowaniu w grupie. Wówczas też przyjmują w relacjach

bierną postawę, mają problemy rodzinne. Zasobami osób w tej grupie zgłaszającymi się do terapii są młody wiek, motywacja do leczenia, zdolność do realizacji celów. Sugestią dla rozpoznania klinicznego są cechy zespołu depresyjno-lękowego. Dla osób uzyskujących ten profil wskazana jest psychoterapia indywidualna, przygotowująca do grupowej, a także w zależności od objawów rozważenie wsparcia farmakologicznego.

W związku z nasileniem objawów psychopatologicznych u osób zgrupowanych w 3 skupieniu nazwano go „**profilem wyso-koobjawowym**”. Postawę wobec badania charakteryzuje profil tzw. *Help*, typowy dla wołania o pomoc w związku z cierpieniem i trudnościami. Obserwuje się słaby poziom ogólnego przystosowania przejawiający się głębokimi i poważnymi zaburzeniami emocjonalnymi, rzutującymi na całą sferę zachowania. Obserwowane są objawy i zachowania związane ze: sztywnością adaptacyjną, nieufnością, podejrzliwością, męczliwością, zamartwieniem się swoim zdrowiem, problemami relacyjnymi wynikającymi ze skupiania uwagi na samym sobie, zależnością emocjonalną, nastrojem depresyjnym, nasileniem lęków, niepokojem, nagłymi zmianami nastroju nawet o charakterze dysforycznym, cechami introwertyzmu, pogrążaniem się we własnych myślach, niskim poczuciem własnej wartości, skłonnością do czynności natrętnych, kompulsywnymi zachowaniami, przesadną skrupulatnością, nadmierną aktywnością w różnych sferach życia (rozproszenie, powierzchowność, krótkotrwałość), ilością celów zaburzających adekwatność oceny oraz realizacją zadań według ważności. W sytuacjach stresowych może pojawić się utrata kontroli nad

sobą, tendencja do ambiwalencji, obniżenie kontroli wrogości, impulsywność, zachowania uwodzicielskie i agresywne. Wyniki wskazują na nasilone objawy stresu pourazowego a także poważne ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Silnie działają mechanizmy projekcji i somatyzacji, ucieczka od rzeczywistości i fantazjowanie celem poszukiwania źródeł przyjemności. W relacjach interpersonalnych w tej grupie pojawia się izolowanie, niezadowolony z kontaktów społecznych, pozwalanie innym na decydowanie o sobie, odsuwanie odpowiedzialności, niewielkie zainteresowanie sprawami społecznymi, problemy rodzinne. Jeśli występują głębsze relacje, dotyczą one wybranej, wąskiej grupy osób. Zasobem ważnym dla leczenia jest zgłoszenie się do terapii a także młody wiek. Obraz kliniczny sugeruje rozpoznania takie jak: zaburzenie osobowości, chwiejność emocjonalna, do rozważenia uzależnienie od substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia stresu pourazowego. W tej grupie osób wskazana jest długoterminowa psychoterapia indywidualna i ewentualnie farmakoterapia, a w przypadku rozpoznania uzależnienia powinno się zaproponować leczenie odwykowe.

Analizując profile można zauważyć, iż dotyczą one różnego stopnia nasilenia objawów wynikających z obrazu psychopatologicznego. Literatura wskazuje, że historia rozwoju osób w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu determinuje ich obecność. Przykładem mogą być badania Harter i Taylor (5), które wskazują na związek różnego typu nadużyć emocjonalnych fizycznych i seksualnych z zaburzeniami funkcjonowania w dorosłości u osób z DDA. W niniejszych badaniach nie podejmowano zagadnienia zależności po-

między objawami psychopatologicznymi a historią życia. Korzystając z danych (w tym testu MMPI-2) z historii losowo wybieranych chorób koncentrowano się na analizie i próbie klasyfikacji sposobów funkcjonowania psychologicznego w kontekście oceny ogólnego poziomu przystosowania, objawów i zachowań, zasobów istotnych dla terapii oraz sugestii dotyczących rozpoznania i leczenia. Z klinicznego punktu widzenia konieczne jest przeprowadzenie rzetelnej diagnozy przed ustaleniem kierunków dalszej pracy terapeutycznej, szczególnie dla osób uzyskujących profil kliniczny zbliżony do „wysokoobjawowego”, ze względu nie tylko na możliwe problemy diagnostyczne, ale i trudności jakie mogą pojawić się w pracy psychoterapeutycznej. W przyszłości interesująca wydaje się analiza przebiegu terapii i ocena efektów leczenia w powyżej wyodrębnionych grupach.

Wnioski końcowe:

1. Przeprowadzone analizy potwierdziły, że osoby dorastające w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu, z rozpoznaniem syndromu DDA i poszukujące pomocy psychoterapeutycznej nie są grupą jednorodną pod względem obserwowanych trudności w funkcjonowaniu psychologicznym.
2. Wyodrębniono trzy charakterystyczne profile funkcjonowania, które w zależności od nasilenia objawów nazwano: niskoobjawowy, depresyjno-lękowy i wysokoobjawowy. Uwzględniając specyfikę każdej z grup, wskazano formy terapii, które wydają się być adekwatne dla osób z syndromem DDA zgłaszających do specjalistycznych poradni.

Streszczenie

Cel: Analiza psychologicznego funkcjonowania osób dorosłych dorastających w rodzinie z problemem uzależnienia od alkoholu, które zgłosiły się do psychoterapii.

Metoda: Badano grupę 111 osób (średnia wieku 27 lat), które zgłosiły się po pomoc do NZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień i zakwalifikowane zostały do programu psychoterapii w związku z problemami uzależnienia jednego lub obojga rodziców. Dane uzyskano z historii choroby i testu MMPI-2, który wykonywano na początku terapii.

Wyniki: Analizą skupień wyodrębniono trzy profile kliniczne, które nazwano: „niskoobjawowym”, „depresyjno-lękowym” i „wysokoobjawowym”.

Wnioski: Osoby z syndromem DDA włączone w proces leczenia nie są grupą jednorodną pod względem obserwowanej psychopatologii i jej nasilenia.

Słowa kluczowe: funkcjonowanie psychologiczne, syndrom DDA, psychopatologia, profile kliniczne, MMPI-2

Summary

Background: The aim was to examine psychological functioning of adult children of alcoholics who were at the beginning of therapy.

Method: 111 Adult Children of Alcoholics (average age 27) had been chosen to participate in the study and they were examined with MMPI-2 made at the beginning of therapy and in base of history of disease.

Results: Cluster analysis distinguished

three clinical profiles called: "low manifestation", "depression and anxiety", "high manifestation".

Conclusions: The group of the respondents isn't homogeneous in terms of the intensity of psychopathology.

Key words: psychological functioning, syndrome ACAs, psychopathology, clinical profiles, MMPI-2

Bibliografia

1. Bętkowska-Korpała B., Ryniak J. (2007). Profile osobowości w grupach pacjentów z syndromem DDA – badania własne. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*. PARPA, Warszawa, 1-2, 21-25.
2. Coleman F.I., Frick P.J. (1994). MMPI-2 profiles of adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 446-454.
3. Cork M.R. (1969). *The forgotten children: A study of children with alcoholic parents*. Toronto: Alcoholic and Drug Research Foundation.
4. Harter S.L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholic: a review of recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 311-337.
5. Harter S.L., Taylor T.L. (2000). Parental Alcoholism, Child Abuse, and Adult Adjustment. *Journal of Substance Abuse*, 1(11), 31-44.
6. Kelly M.L., Nair V., Rawlings T., Cash T.F., Steer K., Fals-Stewart W. (2005). Retrospective reports of parenting received in their families of origin: Relationships to adult attachment in adult children of alcoholic. *Addictive Behaviors*, 30, 1479-95.
7. Kucharski T. (2004). *Współczesne sposoby przeprowadzania interpretacji wyników w Kwestionariuszu MMPI-2*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
8. Kurza K. (2006). *Zaburzenia lękowe i depresyjne u Dorosłych Dzieci Alkoholików*. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*. PARPA, Warszawa, 1-2, 27-29.
9. Nikodemka S. (2002). *Funkcjonowanie psychospołeczne DDA przed i po terapii*. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*. PARPA, Warszawa, 6, 6-10.
10. Sobolewska Z., Gąsior K. (2003). *Psychoterapia DDA – podstawowe założenia*. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*. PARPA, Warszawa, 4, 19-21.
11. Ślaski S. (2005). *Dorośle dzieci alkoholików oraz ich rodzice – aktualny stan badań*. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 37-54
12. Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2001). *Profil osobowości w MMPI Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) leczonych w PZP*. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 375-385.

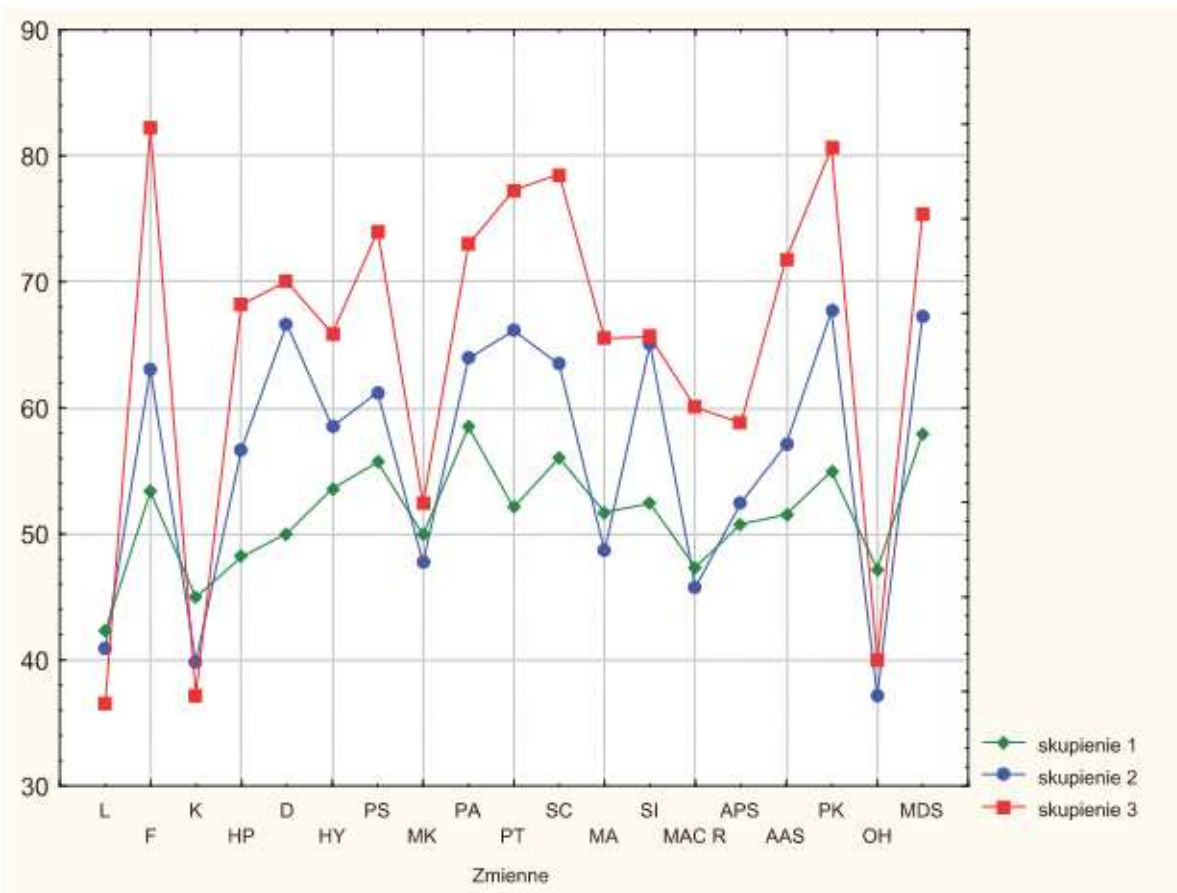
Adres do korespondencji:

Dr n. hum. Barbara Bętkowska-Korpała
Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry
Psychiatrii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium
Medicum
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Tab. 1: Wartości parametrów charakteryzujących skale kontrolne i kliniczne (n=111)

Zmienna	Średnia	Minimum	Maximum	SD
L	41	30	69	7,7
F	63	40	113	13,7
K	41	30	61	7,5
HP	56	31	91	13,8
D	61	30	89	12,0
HY	58	30	82	10,6
PS	62	41	99	9,8
MK	50	30	84	10,8
PA	64	42	90	8,7
PT	63	40	84	11,4
SC	63	42	95	10,0
MA	53	35	86	12,0
SI	60	37	85	10,1
MAC_R	49	30	77	12,2
APS	53	30	77	10,4
AAS	57	40	111	13,7
PK	65	43	98	11,7
OH	42	30	71	8,8
MDS	65	45	92	9,7

Ryc. 1: Profile średnich wartości dla 3 skupień w badanej grupie (n=111)



Tab. 2: Porównanie wartości średnich profili testem analizy wariancji (n=111)

zmienna	SS efekt	Df efekt	MS efekt	Df błąd	F	p
L	495,65	2	5963,45	108	4,49	,01
F	12279,61	2	8251,49	108	80,36	,000000
K	1076,67	2	5158,91	108	11,27	,00004
HP	6007,72	2	14882,03	108	21,8	,000000
D	8625,28	2	7149,48	108	65,15	,000000
HY	2267,12	2	10117,80	108	12,1	,00002
PS	4959,80	2	5507,90	108	48,63	,000000
MK	336,29	2	12469,28	108	1,46	ns
PA	3103,91	2	5187,84	108	32,3	,000000
PT	10230,06	2	4185,24	108	132,1	,000000
SC	7495,96	2	3405,41	108	118,86	,000000
MA	4341,43	2	11592,48	108	20,22	,000000
SI	4402,80	2	6905,98	108	34,43	,000000
MAC_R	3260,65	2	13119,78	108	13,42	,000006
APS	979,90	2	10829,96	108	4,89	,009
AAS	6112,32	2	14492,11	108	22,78	,000000
PK	10178,09	2	4812,18	108	114,21	,000000
OH	2341,98	2	6187,66	108	20,44	,000000
MDS	4832,13	2	5510,14	108	47,36	,000000