Systemowe rozumienie uzależnienia w rodzinie

Wstęp

Ogólna teoria systemów została w latach 70-tych wykorzystana do wyjaśnienia procesów zachodzących w rodzinie. Ten nurt teoretyczny zmieniający orientację z nastawienia indywidualnego na jednostkę i objawy u niej występujące, na nastawienie holistyczne uwzględniające cały system rodzinny, przyczynił się do rozkwitu terapii rodzinnej. Prekursorami tego kierunku byli G. Bateson i D. Jackson (Menlo Park) oraz J. Haley i P. Watzlawick ze szkoły Palo Alto.

W nurcie systemowym można wyróżnić 3 główne szkoły: komunikacyjną, strukturalną i strategiczną. Wszystkie te szkoły przyjmują wspólne założenie, że **symptomy występujące u pacjenta muszą być rozpatrywane w kontekście jego rodziny i traktowane jako zachowania podtrzymujące homeostazę systemu**. Nurt systemowy formułując założenia dotyczące powstawania zaburzeń, wniósł nową perspektywę rozumienia zjawisk patologicznych. W koncepcji systemowej zaburzenia zachowania poszczególnych członków rodziny stają się elementem łańcucha wzajemnie warunkujących się działań wszystkich członków rodziny i są rozpatrywane jako konsekwencja wadliwego funkcjonowania całego systemu. Zwolennicy systemowego rozumienia rodziny stoją na stanowisku, że system rodzinny podtrzymuje symptomy patologiczne występujące u jednego lub kilku członków, gdyż jest to funkcjonalne dla rodziny, pozwala jej utrzymać równowagę (**homeostaza**). W tym sensie symptomy pełnią funkcję stabilizującą system. Symptomy pojawiają się zwykle wtedy, gdy sytuacja staje się psychologicznie nie do zniesienia. Nie mogąc zmienić dotychczasowych relacji z innymi członkami systemu, jednostki zmieniają swoje zachowanie, „wykształcają" symptom, którym mogą być różne zaburzenia zachowania (trudności szkolne, agresywność, przestępczość, uzależnienia) lub symptomy psychosomatyczne lub somatyczne (kołatanie serca, bóle głowy, nerwice, a nawet psychozy).

Podstawowym podsystemem rodziny jest podsystem małżeński pełniący najważniejszą rolę w utrzymaniu jej stabilności. Jeśli w parze małżeńskiej występują ostre i przewlekłe napięcia małżonkowie mogą wejść w konflikt, walcząc o władzę w rodzinie. Jeden z małżonków dla dobra rodziny może podporządkować się drugiemu, najczęściej prezentując objawy, które usprawiedliwiają zmianę jego pozycję w rodzinie np. *ojciec zaczyna chorować na serce i wymaga opieki, co usprawiedliwia zmianę jego pozycji w rodzinie.* Oboje rodzice wobec nierozwiązanego konfliktu, koncentrują się na dziecku, wciągając je w pole tego konfliktu i mogą zawierać z nim koalicje skierowane przeciwko sobie wzajemnie. W ten sposób tworzą się trójkąty rodzinne pozwalające małżonkom skoncentrować się na problemach trzeciej osoby.

W każdym systemie jest element najsłabszy, najmniej odporny na kryzys. Zazwyczaj jest nim dziecko i ono najczęściej, zgodnie z założeniami systemowymi, jest traktowane jako kozioł ofiarny lub **delegat w rodzinie (IP).** Dziecko uczy się, że jedynym sposobem zwrócenia na siebie uwagi jest „sprawianie sobą kłopotów". Jego zaburzone zachowanie jest sposobem na przywrócenie równowagi w rodzinie poprzez skoncentrowanie rodziców na problemie dziecka, co obniża napięcie i odwraca ich uwagę od nierozwiązanego konfliktu. Na tej zasadzie tworzą się pętlę sprzężenia zwrotnego mogącego prowadzić do patologii. Członkowie rodziny mogą zacząć postępować wg tego samego wzoru. Te powtarzające się sekwencje zachowań czasem nazywamy „tańcem rodzinnym", w którym poszczególni członkowie mają rozpisane role.

Teorie rodzinnych uwarunkowań narkomanii (hipotezy)

Koncepcja braku wymiany emocjonalnej D. Reilly (1978)

Z badań wynika, że wiele rodzin narkomanów przejawia zaburzenia komunikacji w aspekcie relacyjnym. Komunikacja w rodzinie jest pozbawiona emocjonalności. Brak wymiany emocjonalnej wynika, zdaniem Reilly'go, z ambiwalencji wewnątrz rodziny. W rodzinach narkomanów członkowie uważają otwarte wyrażanie uczuć za niebezpieczne. Z jednej strony boją się odrzucenia, z czym łączy się separacja, izolacja, z drugiej strony przeraża ich emocjonalna bliskość. Lęk przed wejściem w bliskie emocjonalne związki z innymi wiąże się z obawą przed utratę swej indywidualności i niezależnej egzystencji.

W takich systemach można obserwować kilka wzorów zachowań:
- w rodzinach tych rodzice mają często zbyt wysokie oczekiwania w stosunku do swoich dzieci. Strach przed niewywiązywaniem się z tych oczekiwań powoduje u dziecka brak poczucia bezpieczeństwa. W tej sytuacji branie narkotyków paradoksalnie służy – w poczuciu dziecka – zminimalizowaniu ryzyka niepowodzenia zgodnie z normą „czego można oczekiwać od narkomana";
- w rodzinach, gdzie rodzice mają bardzo niskie oczekiwania w stosunku do dziecka, stara się ono dostosować do tych oczekiwań, aby uzyskać gratyfikację w formie rodzicielskiego zainteresowania i troski;
- często zwrócenie się młodzieży do narkotyków wynika z nieuświadomionej chęci ukarania rodziców, czy zrewanżowania się im za brak miłości, ciepła i uczuć.

Koncepcja procesu cyklicznego w rodzinie narkomana D. H. Stanton (1979)

Spostrzega on zjawisko uzależnienia jako rodzaj złożonego mechanizmu sprzężenia zwrotnego wewnątrz powtarzającego się cyklu. Rodzina, w której dziecko nałogowo zażywa narkotyki, tworzy wzajemnie zależny system oddziaływań interpersonalnych. W sytuacji, gdy równowaga tego systemu jest zagrożona, np. gdy występuje nasilenie konfliktów między rodzicami, zachowanie osoby uzależnionej zmienia się w takim kierunku, aby skupić uwagę rodziny na sobie. To zachowanie może przybrać różne formy, np. powrót do domu pod wpływem środków, popełnieni jakiegoś przestępstwa. Pozwala to rodzicom przenieść zainteresowanie z konfliktu małżeńskiego na problemy związane z uzależnieniem dziecka. Następuje przejście od mniej stabilnych interakcji w diadzie matka-ojciec do bardziej stabilnych interakcji w triadzie matka-ojciec-dziecko. Gdy w związku z problemami dziecka konflikt między matką i ojcem się wycisza, dziecko zaczyna sprawiać mniej kłopotów, co może uruchomić kolejny cykl.

Obszary zaburzeń w rodzinach narkomanów

Jedną z najważniejszych przyczyn nałogu (badania J. Rogali-Obłękowskiej) są zaburzenia stosunków interpersonalnych w rodzinie. Okazało się, że matki przyszłych narkomanów są postaciami dominującymi, do nich należy podejmowanie decyzji i władza w rodzinie, podczas gdy ojcowie podporządkowują się żonom i wycofują z życia rodzinnego. Matki te w stosunku do dzieci są dominujące, nadopiekuńcze, a czasami ambiwalentne. Synowie w takich systemach przejawiają silne tendencje do symbiotycznych związków z matkami. Postawy ojców w stosunku do dzieci są zdecydowanie odrzucające, kontrolujące i wrogie. Brak więzi z ojcami, a właściwie emocjonalne odrzucenie dzieci przez ojców mogły stać się jedną z przyczyn zaburzeń w rozwoju społecznym dziecka przejawiających się w zachowaniach dewiacyjnych. Brak wzoru osobowego lub zaburzenie identyfikacji z ojcem, szczególnie u chłopców, prowadzi do kształtowania się postaw antyspołecznych, trudności adaptacyjnych i trudności w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi. Przy takich postawach rodzicielskich mogą tworzyć się trójkąty międzygeneracyjne lub trójkąty emocjonalne. Można tutaj przywołać jako przykład ***model rodziny z dzieckiem uzależnionym od narkotyków H. Schafera***.

W tym modelu dysfunkcjonalny, ale mimo to sprawny trójkąt zwykle składa się nastawionego negatywnie rodzica (**Prześladowcy**), nadmiernie zaangażowane rodzica (**Ratownika**) i dziecka (**Ofiary**, **Delegata)**. Schafer opisuje rodzinę, w której ojciec alkoholik występuje w roli Prześladowcy – surowo karze zachowanie syna (kary fizyczne, areszt domowy). Matka natomiast, symbiotycznie związana z dzieckiem, odgrywa rolę Ratownika, regularnie interweniując, aby zamortyzować srogie kary w stosunku do dziecka. Działając w tych rolach rodzice powodują załamanie przywództwa rodzinnego. W efekcie umożliwiają dziecku kontynuację nałogu nie pozwalając mu doświadczyć spójnych konsekwencji jego zachowań narkomańskich.

Można więc pokusić się o postawienie wniosku, że określony układ więzi wzajemnych w rodzinie w okresie adolescencji sprzyja i przyczynia się do późniejszego brania narkotyków. Po inicjacji narkotykowej dziecka zachowania nałogowe zostają włączone w system rodzinny, stają się częścią życia rodziny i podstawą jej stabilności, a podtrzymanie nałogu jest równoznaczne z podtrzymaniem rodziny. W tym sensie wpływ uzależnienia jako integralnej struktury rodziny jest daleko głębszy niż jego oddziaływanie na poszczególnych członków. Wszystkie potrzeby rodziny i jej członków stają się podporządkowane uzależnieniu jednego z nich, a naczelną staje się kompulsywna potrzeba brania narkotyków. Pozostali członkowie rodziny stają się współuzależnieni i swoim zachowaniem ułatwiają branie narkotyków.

Mechanizmy podtrzymywania nałogu

Można wyróżnić kilka obszarów, w których teoria systemów może być wykorzystana do zrozumienia mechanizmów funkcjonowania rodziny narkomana. Są to: homeostaza, granice systemów, komunikacja wewnątrzrodzinna, sekwencje powtarzających się wzorów interakcji tworzące pętle sprzężenia zwrotnego, przywództwo rodzinne, emocjonalność, wyznaczanie delegata (kozła ofiarnego) oraz procesy rozwojowe w rodzinie.

1. Homeostaza w rodzinie

Prawidłowo funkcjonujący system rodzinny ma tendencje do zachowania równowagi, dzięki której utrzymuje własną tożsamość. Dążenie do zachowania homeostazy i utrzymania status quo określane jest mianem homeostazy rodzinnej. Utrzymanie homeostazy jest jednym z elementów wpływających na poczucie bezpieczeństwa członków rodziny, szczególnie dzieci, które są niezwykle czułymi odbiorcami komunikatów świadczących o zaburzeniu równowagi rodziny i występujących w niej konfliktów szczególnie w podsystemie małżeńskim. Jednak nadmiernie silna tendencja do utrzymania homeostazy jest szkodliwa, gdyż zbyt sztywne trzymanie się utartych sposobów reagowania uniemożliwia zmiany, które są motorem rozwoju.

Jak funkcjonuje mechanizm homeostatyczny w przypadku dziecka zażywającego narkotyki? Gdy powtarzające się konflikty i awantury zagrażają ciągłości rodziny, dzieci mogą zacząć brać narkotyki, aby powstrzymać rodziców od wzajemnej walki. Dalsze wchodzenie w narkomanię może przeciwdziałać eskalacji konfliktu małżeńskiego. Rodzice unikając uświadomienia sobie korzeni własnych konfliktów, przenoszą uwagę na uzależnienie dziecka, aby uciec od swoich problemów, gdyż pozwala im to w sposób bezpieczny sprzeczać się na temat uzależnionego dziecka. Gdy niebezpieczeństwo rozpadu rodziny mija, narkoman może przestać brać narkotyki. Ale zgodnie z teorią cyklicznego procesu w rodzinie spowodować to może skupienie się na diadzie ojciec-matka, a wówczas zostanie zagrożona homeostaza w rodzinie i cykl się powtórzy. Branie narkotyków więc stabilizuje rodzinę.

Wzajemne obwinianie się rodziców o to, który z nich w większym stopniu przyczynił się do brania narkotyków przez dziecko, czy omawianie sposobów pomocy dziecku staje się jedynymi problemami, o których potrafią oni rozmawiać. Życie rodzinne zaczyna się koncentrować wokół problemu uzależnienia, co powoduje zacieśnienie więzów rodzinnych i jednoczy rodzinę. W tym sensie dla rodziny funkcjonalne jest, aby dziecko brało narkotyki. W ten sposób można wyjaśnić ukryte podtrzymywanie uzależnienia dziecka przez rodziców. Rodzice z jednej strony artykułują

swoje pragnienie, aby ich dziecko przestało brać narkotyki, z drugiej strony paradoksalnie kreują proces interakcji tak, aby narkoman pozostał w swej roli dewiacyjnej.

2. Granice rodziny

Pojęcie granic jest jednym z najważniejszych pojęć teorii systemów. Służy S. Minuchinowi do opisu struktury rodziny.

Pojęcie granic zewnętrznych rodziny jest zwykle wyjaśnione w dwojaki sposób: przez określenie przepuszczalności granic lub odwrotnie przez określenie wewnętrznej spójności rodziny. Istnieją również granice między podsystemami (małżeński i rodzeństwa). W prawidłowo funkcjonującej rodzinie podsystem rodzicielski powinien posiadać bardzo wyraźne granice – powinien być jasno wyodrębniony od podsystemu dzieci. W rodzinach, w których dominował autorytatywny styl wychowawczy, a rodzice byli konsekwentni w stawianiu wymagań, jak i w ich egzekwowaniu, dzieci rzadziej sięgały po narkotyki, niż w rodzinach, w których kontrola rodzicielska była słabsza. Przepuszczalność rozumiemy jako stopień, w jakim granice pozwalają lub utrudniają przepływ informacji między podsystemami. Granice zbyt przepuszczalne między podsystemami (zatarte lub niejasne) nie stwarzają żadnych przeszkód do wymiany informacji. Powoduje to, że między członkami rodziny tworzy się zbyt mały dystans, co przejawia się w wysokiej spójności rodziny, ale z drugiej strony przeciwdziała naturalnym w okresie dojrzewania procesom indywidualizacji dzieci i autonomii pozostałych członków rodziny. Prowadzą one do ograniczania autonomii jednostki poprzez dominację silnego poczucia przynależności grupowej i braku tolerancji na różnice między członkami systemu. Minuchin taki system określa jako splątany.

Granice mogą być też nieprzepuszczalne lub sztywne, tzn. nie pozwalające na wymianę informacji między członkami rodziny; tworzy się wówczas zbyt mały dystans, co przejawia się w niskiej spójności rodziny. Więź między członkami systemu jest wtedy słaba i znikome jest ich zaangażowanie w sprawy rodziny. Brak jest także wzajemnego wsparcia, poczucia przynależności i lojalności. Dzieci czują się osamotnione, otrzymują mało ciepła i opieki.

W przypadku narkomanii obserwujemy brak jasno określonych granic międzygeneracyjnych. Z taką sytuacją mamy do czynienia wówczas, gdy jeden rodzic jest zbyt mało zaangażowany w kontakty z dzieckiem – tworząc granice nadmiernie sztywne, podczas gdy drugi jest nadmiernie zaangażowany w kontakty – tworząc z dzieckiem granice niejasne.

3. Sprzężenie zwrotne

Członkowie rodziny wzajemnie na siebie oddziaływają, jednak to oddziaływanie nie ma charakteru linearnego, tzn. nie można jednoznacznie wyodrębnić przyczyn i skutków, gdyż w skomplikowanym układzie wzajemnych powiązań rodzinnych to, co wydaje się przyczyną – może okazać się skutkiem uprzednich interakcji.

Rozróżniamy **negatywne i pozytywne sprzężenie zwrotne**. Negatywne mają za zadanie przywrócenie i utrzymanie homeostazy.

Przykład:

Młody człowiek, rozpoczynając pracę, chce zwiększyć swą autonomię i niezależność wyprowadzając się z domu rodzinnego. Zakłóca to dotychczasową równowagę rodziny, w której rodzice, chcąc usprawiedliwić swój nieudany związek, sformułowali i realizują mit rodzinny: „w naszej rodzinie robimy wszystko dla dobra dzieci”. Wtedy rodzina podejmuje działania przywracające tę równowagę, nawet jeśli ta równowaga ma charakter dysfunkcjonalny, np. matka zaczyna ciężko chorować i wymaga opieki, co zmusza młodego człowieka do zajęcia się domem i spędzania w nim więcej czasu.

Pozytywne pętle sprzężenia zwrotnego określane są pętlami wzmacniającymi odchylenie.

Gdy członkowie rodziny – w cytowanym przykładzie - zaakceptują próby usamodzielnienia się syna, mogą zacząć wykonywać więcej prac domowych, zorganizować opiekę nad matką i podtrzymywać go w decyzji kontynuowania pracy i usamodzielniania się.

Systemy, w których dominują negatywne pętle sprzężenia zwrotnego, cechują stabilność i homeostaza. Natomiast systemy, w których przeważają pozytywne pętle, cechuje zmienność i mogą być niestabilne. Aby system przetrwał, pozytywne pętle muszą być równoważone homeostatycznymi tendencjami negatywnych sprzężeń zwrotnych.

4. Komunikacja wewnątrzrodzinna

W prawidłowo funkcjonującej rodzinie, w której komunikacja jest jasna i otwarta, powinny być wyraźnie określone zadania i obowiązki każdego członka rodziny, który musi być świadom zakresu swojej odpowiedzialności za własne postępowanie.

Komunikacja w rodzinach narkomanów charakteryzuje się dysfunkcjonalnymi wzorami komunikowania się i sztywnymi regułami, co przejawia się w przekazywaniu informacji ogólnikowych, komunikowaniu niejasnych komunikatów przy braku komunikatów wprost, unikaniu kontaktu wzrokowego, częstym przerywaniu wypowiedzi innych lub mówieniu za innych, podwójnych wiązaniach, powtarzających się grach w „Prześladowcę, Ratownika i Ofiarę".

Nieefektywna komunikacja rodzinna może przyspieszać zaangażowanie dziecka w narkotyki. W rodzinach narkomanów brak wzorów komunikowania się emocjonalnego opartego na empatii, przeważają natomiast komunikaty poznawcze, racjonalne i intelektualne lub też komunikaty nie wprost wyrażające emocje negatywne. Brak także komunikatów zwrotnych świadczących o tym, że wyrażenie takich uczuć jest pożądane w relacjach rodzinnych. Utrzymujące się dysfunkcjonalne wzory komunikacji, takie jak obwinianie innych czy zawstydzanie ich, mogą służyć jako podtrzymanie problemu narkomanii.

5. Przywództwo rodzinne

Jasna hierarchia przywództwa rodzinnego zapewnia rodzinie poczucie bezpieczeństwa i stabilność. W rodzinach narkomanów, jak wspomniałem wcześniej, ojcowie najczęściej wycofują się z życia rodzinnego. J. Schwartzman określa takiego rodzica mianem marionetki. Niemniej w takich rodzinach terapeuci rodzinni często obserwują występowanie mitu „to ojciec jest głową rodziny". Ojciec wycofujący się z podejmowania decyzji jednocześnie obawia się zagrożenia swojej roli osoby sprawującej władzę w rodzinie. Mit rodzinny wskazuje ojca jako głowę rodziny, lecz z przebiegu procesów interakcji rodzinnych wynika, że w rzeczywistości za sprawy rodziny odpowiedzialna jest matka. Paradoksalnie matka nie tylko jest rzeczywistą głową rodziny, ale do jej funkcji należy także przyczynianie się do utrzymania mitu, że to „ojciec jest tą osobą w rodzinie, tylko dzięki której może ona przetrwać". Matka pełni więc rolę stymulatora rodziny jest „szyją, która kręci głową".

Brak przywództwa rodzinnego występuje też wtedy, gdy powstaje rozłam w podziale władzy rodzicielskiej. Jeden rodziców staje się nadmiernie kontrolujący, a drugi nadmiernie pobłażliwy (stosuje politykę dawania wolnej ręki) lub oboje rodziców zachowują się w sposób nadmiernie autorytatywny bądź też nadmiernie pobłażliwy.

6. Pacjent identyfikowany

Gdy w rodzinie narasta lęk wynikający z nierozwiązanych problemów małżeńskich lub rodzinnych mogących doprowadzić do zaburzenia równowagi systemu rodzinnego, jego homeostaza może zostać zachowana, jeśli jeden z członków rodziny „weźmie problem na siebie". Jest to mechanizm wyznaczania pacjenta identyfikowanego (IP) w rodzinie. Najczęściej rolę tę przejmuje na siebie dziecko, najsłabszy element w rodzinie.

Dzieci w roli kozła ofiarnego uzyskują także pozytywne gratyfikacje i mogą osiągną wtórne korzyści i nagrody z roli „chorego", gdyż zajmują centralną pozycję w rodzinie, często budzą tym zazdrość rodzeństwa.

7. Emocjonalność w rodzinie

Jeśli członkowie rodziny potrafią wyrażać szeroką gamę emocji – od uczuć miłości i troski aż do gniewu, strachu czy wstydu - to emocjonalność rodziny jest prawidłowa, co stwarza dziecku

warunki do rozwoju psychospołecznego. Emocjonalność w rodzinie załamuje się, gdy zakres wyrażania emocji zostaje ograniczony. Można to rozumieć dwojako:
- w relacjach rodzinnych dominują emocje negatywne, a interakcje między członkami systemu są nacechowane wrogością lub lękiem;
- tłumione jest otwarte wyrażanie emocji.

W obu przypadkach mamy do czynienia, zdaniem J. Wrighta, z charakterystycznym dla rodzin narkomanów brakiem prawdziwej bliskości i emocjonalną izolacją członków systemu. Członkowie rodzin narkomanów bardzo często doświadczają naprzemiennych uczuć miłości i nienawiści, ale nie potrafią ich otwarcie wyrażać. Mają poczucie samotności, oddzielania od innych, czują się niezrozumiani i zagubieni. Często broniąc się przed tymi emocjami piją alkohol, przejadają się, uprawiają hazard, czy demonstrują podobne zachowania do nałogów. Wszystko to może poprzez mechanizm modelowania rodzinnego przerodzić się w tradycję rodzinną, przyczyniając się do brania narkotyków przez jednego z członków rodzinny zgodnie z zasadą, aby „wziąć coś, co pomaga znieść napięcie". Rodzice narkomanów nie tylko racjonalizują własne picie alkoholu i branie różnego rodzaju leków uspokajających, lecz często zdarza się także, że zaprzeczają braniu narkotyków przez ich dziecko, tym samym nie ponosi ono odpowiedzialności za swoje postępowanie.

8. Procesy rozwojowe w rodzinie

Faza rodziny z dzieckiem w okresie dorastania jest etapem w cyklu życiowym rodziny, w którym rodzice muszą od nowa ułożyć swoje kontakty z nastolatkiem, pozwalając mu na większą autonomię i niezależność niż w dzieciństwie. Rodzice narkomanów często mają mało tolerancji dla indywidualności swoich dzieci: nie pozwalają im na rozwój osobisty, reagują negatywnie na ich próby określenia własnej tożsamości i oceniania siebie jako niezależnych jednostek. Staje się powodem, że dzieci te nie są przygotowane do podejmowania zadań okresu dojrzewania i unikają indywidualizacji, dorosłości i separują się od rodziny przez branie narkotyków. Dla rodziców, szczególnie z rodzin rozbitych z jednym rodzicem, podejmowane przez ich dzieci próby separowania się od rodziny są sytuacją stresową, wywołującą silne napięcia. Obawiają się emancypacji dzieci, traktując ją jako zagrożenie dla homeostazy rodzinnej, co można interpretować jako opór przed przejściem do kolejnego cyklu rodziny.

Rodzice narkomanów obawiają się usamodzielniania nastolatka, gdyż zmusiłoby ich to do nowego spojrzenia na wzajemne relacje między sobą i określenia się w nowych rolach wynikających z kolejnej fazy w życiu rodziny, skłaniają więc nieświadomie dziecko do wykształcenia objawu, jakim jest branie narkotyków.

Adolescencja jest naturalnym etapem rozwojowym, w którym nastolatek zaczyna wchodzić w nowe role, kształtuje swą tożsamość i identyfikację seksualną. Ojciec narkomana jest psychologicznie nieobecny w życiu dzieci, co u synów powoduje trudności w identyfikacji z płcią, a u córek utrudnia ułożenie sobie kontaktów z przyszłym partnerem. W rodzinach narkomanów związki między małżonkami często charakteryzują się brakiem intymności i konfliktami na tle seksualnym.

M. Kirschenbaum, G. Leonoff i A. Maliano interpretują wpływ konfliktów małżeńskich na funkcjonowanie systemu rodzinnego: „Konflikty nasilają się w okresie dojrzewania, a więc kształtowania się seksualności dziecka. Jeśli ojciec obawia się o pozorność swej roli niekwestionowanej głowy rodziny, może czuć się niepewnie w swojej roli seksualnej wobec żony. W tej sytuacji może odbierać rozwój seksualny swojego syna jako rywalizację o uwagę i uczucia matki. Nie zgadza się więc na jakiekolwiek formy intymności między matką a synem."

Wnioski

To wszystko, co zostało powiedziane, wskazuje, że efektywna terapia osoby uzależnionej powinna być, przynajmniej w początkowej fazie, prowadzona poza domem rodzinnym, gdyż zakłócone postawy interpersonalne i duże nasilenie konfliktów między rodzicami a dziećmi,

stanowiące silne źródło napięć w rodzinie, uniemożliwiają prawidłową pracę terapeutyczną zarówno z narkomanem, jak i z jego rodzicami. „Oderwanie" narkomana od rodziny i poddanie zintensyfikowanym oddziaływaniom terapeutycznym w ośrodku zamkniętym, z jednej strony umożliwi wzmocnienie czynników motywacyjnych do walki z nałogiem, podniesienie poczucia własnej wartości i samooceny, a także oddziaływanie na jej system wartości. Z drugiej strony zaś, pozwoli doprowadzić do wyciszenia konfliktów w rodzinie. Wraz z osiągniętymi sukcesami w leczeniu należy w oddziaływania terapeutyczne włączać rodziców, aby zmieniać ich negatywne nastawienie wobec dziecka. Jest to bardzo ważny element, gdyż przystosowanie tej młodzieży do środowiska społecznego, to przede wszystkim odbudowanie pozytywnych emocjonalnie ciepłych więzi z własną rodziną. Z obserwacji w ośrodku wynika, że wraz z postępem w leczeniu młodzież zaczyna odczuwać potrzebę więzi emocjonalnej z rodzicami i przejawia coraz silniejszą tendencje do naprawienia zaburzonych stosunków interpersonalnych z rodziną. Z obserwacji wynika, że bardziej zaburzone są relacje z ojcami niż z matkami. W procesie terapeutycznym należy więc w początkowej fazie nastawić się na polepszenie interakcji między matką a dzieckiem (matki są do tego bardziej skłonne). Natomiast poprawienie relacji z ojcem będzie prawdopodobnie procesem długotrwałym, wymagającym często terapii małżeńskiej lub indywidualnej.

Jednak rodzina nie zawsze jest gotowa przyjąć narkomana z powrotem do swego grona, wybaczając mu wszystkie uprzednie narkomańskie zachowania. W procesie terapii nie chodzi tylko o to, aby uświadomić rodzicom, że należy dziecku, które wykazuje postępy w leczeniu, wybaczyć dawne „grzechy". Znacznie ważniejsze i niewątpliwie dużo trudniejsze jest uświadomienie rodzicom ich **współodpowiedzialności** za nałóg dziecka. Wymaga to włączenia rodziców w długotrwały proces terapeutyczny, gdyż oni równie silnie potrzebują profesjonalnej pomocy jak ich uzależnione dziecko. Nawet jeśli narkoman odseparuje się od rodziny i uzyska sukces w leczeniu, nierozwiązane problemy rodzinne i wzory stresogennych relacji między członkami mogą spowodować powrót do nałogu. Jeśli członkowie systemu nie są włączeni w proces terapii, mogą kontynuować dotychczasowe wzory zachowań współuzależnionych.

Ks. Bogdan Peć MSF
Misjonarz Świętej Rodziny
Dyrektor Katolickiego Ośrodka „Dom Nadziei"

Literatura:

1. J. Rogala-Obłękowska. *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu.* Warszawa 1999.
2. J. Rogala-Obłękowska. *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii.* Warszawa 2002.
3. K. Ludwig. *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyk.* Gdańsk 1995.
4. B. de Barbaro. *Wprowadzenie w systemowe rozumienie rodziny.* Karków 1999.
5. I. Namysłowska. *Terapia rodzin.* Warszawa 2000.
6. K. G. Geissler. *Terapia systemowa jako dialog.* Kraków 1998.