

BOGDAN PEĆ

Uniwersytet Opolski
Wydział Teologiczny
Katolicki Ośrodek „Dom Nadziei”

Systemowe rozumienie uzależnienia w rodzinie

A Systemic Understanding of Addiction in the Family

Podejście systemowe drugiej połowy XX wieku zostało wykorzystane do wyjaśnienia procesów zachodzących w rodzinie. Ten nurt zmieniał orientację z nastawienia indywidualnego na jednostkę i objawy u niej występujące na nastawienie holistyczne uwzględniające cały system rodzinny. Prekursorami tego kierunku byli G. Bateson i D. Jackson (Menlo Park) oraz J. Haley i P. Watzlawick ze szkoły Palo Alto¹.

W nurcie systemowym można wyróżnić kilka głównych szkół, m.in.: komunikacyjną, strukturalną, narracyjną. Przyjmują one 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. Zwolennicy tego podejścia 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 (homeostazę). W tym sensie pełnią funkcję stabilizującą system. Symptomy pojawiają się zwykle wtedy, gdy sytuacja staje się psychologicznie nie do zniesienia. Nie mogą zmienić dotychczasowych relacji z innymi członkami systemu, jednostki zmieniają swoje zachowanie, „wykształcają” symptom, którym mogą być różne zaburzenia zachowania (trudności szkolne, agresywność,

¹ J. Rogala-Oblękowska, *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*, Warszawa 2002, s. 109-113.

przestępczość, uzależnienia) albo symptomy psychosomatyczne lub somatyczne (kołatanie serca, bóle głowy, nerwice, a nawet psychozy)².

Podstawowy dla rodziny jest podsystem małżeński odgrywający 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 pozycji 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 trójki rodzinne pozwalające małżonkom skoncentrować się na problemach trzeciej osoby³.

W każdym systemie jest element najslabszy, 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 tworzy się pętla sprzężenia zwrotnego mogącego prowadzić do patologii. Członkowie rodziny mogą zacząć postępować według tego samego wzoru. Te powtarzające się sekwencje zachowań czasem nazywamy „tańcem rodzinnym”, w którym poszczególni członkowie mają rozpisane role⁴.

OBSZARY ZABURZEŃ W RODZINACH NARKOMANÓW

Jedną z najważniejszych przyczyn nałogu 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 ojcem, a właściwie emocjonalne odrzucenie dziecka przez ojca mogło stać się jedną z przyczyn za-

² B. de Barbaro, *Wprowadzenie w systemowe rozumienie rodziny*, Kraków 1999, s. 15-16.

³ Tamże, s. 47-52.

⁴ J. Rogala-Oblękowska, *Narkoman w rodzinie*, s. 140-141.

burzeń 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 kłopotów w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi. Przy takich postawach rodzicielskich mogą tworzyć się trójki międzygeneracyjne lub trójki emocjonalne⁵.

Można więc pokusić się o postawienie wniosku, że określony układ więzi wzajemnych w rodzinie w okresie adolescencji sprzyja późniejszemu braniu narkotyków i przyczynia się do tego. Po inicjacji narkotykowej dziecka zachowania nałogowe zostają włączone w system rodziny, stają się częścią jej życia i podstawą 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 zostają podporządkowane uzależnieniu jednego z nich, a kompulsywna potrzeba brania narkotyków staje się naczelną. Pozostali członkowie rodziny stają się współuzależnieni i swoim zachowaniem ułatwiają branie narkotyków.

MODEL SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH NA PRZYKŁADZIE KATOLICKIEGO OŚRODKA „DOM NADZIEI”

Współczesna społeczność dla osób uzależnionych ma długą historię. Korzenie jej sięgają zarania dziejów, kiedy ludzie gromadzili się w gromadach, komunach. Jednak społeczność, będąca formą terapii, obecna jest również w rozmaitych odmianach procesu grupowego. W takiej postaci społeczność terapeutyczna występuje w dwóch wariantach. Pierwszy obejmuje jednostki i oddziały udzielające pomocy osobom chorym psychicznie na terenie szpitali psychiatrycznych. Drugi to program, a raczej system leczenia osób uzależnionych realizowany głównie w warunkach stacjonarnych.

Choć społeczność terapeutyczna dla osób uzależnionych wywodzi się z wielu różnorodnych źródeł, to sam termin „społeczność terapeutyczna” jest stosunkowo nowy. Został po raz pierwszy użyty w latach 40. XX wieku na oddziałach psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii. Pierwsza prototypowa psychiatryczna społeczność terapeutyczna powstała w szpitalu Belmont w Anglii około 1945 roku. W 1958 roku stworzono Synanon, ośrodek w Santa Monica w Kalifornii, którego program stał się wzorem dla współcześnie istniejących społeczności terapeutycznych dla osób uzależnionych. Synanon rozwijał się pręźnie przez około

⁵ Tamże, s. 120-122.

15 lat jako nowatorski program leczniczy. Stał się fascynującym społecznym eksperymentem, mimo że ostatecznie zawiódł na skutek braku wystarczającej kontroli ze strony przywódców. Synanon poniósł porażkę, ale stał się początkiem szybkiego rozwoju społeczności terapeutycznych dla osób uzależnionych na całym świecie⁶.

Z perspektywy społeczności terapeutycznej nie można oddzielić uzależnienia od osoby uzależnionej. Patologiczne objawy i zaburzenia, z którymi pacjenci zgłaszają się na terapię, są jedynie odbiciem głębszego zaburzenia całej osoby, znacznie rozleglejszej aniżeli samo tylko uzależnienie od substancji chemicznych. Osoby zgłaszają się na terapię, bo mają poważne kłopoty ze zdrowiem i w są w stanie kryzysu społecznego. Utraciły kontrolę nad braniem, nie potrafią zachować abstynencji, zaburzone są ich kontakty społeczne i interpersonalne, szczególnie z najbliższą rodziną. Pomoc jest im potrzebna, aby przerwać ten autodestrukcyjny styl życia oraz przywrócić stabilizację psychiczną i społeczną. Jak już wspominałem wcześniej, narkomania jest zaburzeniem całej osoby w różnorodnych obszarach jej funkcjonowania, począwszy od wymiaru somatycznego, a kończąc na duchowości. Upośledzone są funkcje poznawcze, występują problemy w sferze behawioralnej. Najbardziej dotkliwe są jednak zaburzenia w sferze emocjonalnej. Występuje pomieszanie wartości, a niejednokrotnie ich całkowity brak lub akceptacja wartości antyspołecznych. W społeczności terapeutycznej nie jest ważne, co dana osoba bierze i według jakiego schematu. Ważniejsze od rodzaju narkotyków i sposobu ich przyjmowania są zachowania, postawy i wartości osoby uzależnionej oraz styl życia, jaki prowadzi. Systematycznemu zażywaniu narkotyków towarzyszą destrukcyjne zachowania szkodliwe zarówno dla niej samej, jak i dla innych. Do najbardziej typowych należą: przemoc i agresja, przypadkowy seks, prostytutka, przestępczość, próby samobójcze. Destrukcja dotyczy również funkcjonowania społecznego i obejmuje: zaburzone relacje rodzinne, przerwanie nauki szkolnej, problemy w pracy. Przedstawiony tu zarys psychopatologii nie dotyczy tylko osób uzależnionych, ale pokazuje wpływ substancji chemicznej na całą osobę. To, co charakteryzuje model społeczności terapeutycznej, powtórzmy to jeszcze raz, to przekonanie, że pomocy potrzebuje cała osoba⁷.

Elementem, który ma fundamentalne znaczenie w modelu społeczności terapeutycznej, jest wzięcie odpowiedzialności za swoje wybory związane z używaniem substancji chemicznych. Hipotez dotyczących etiologii uzależnienia jest bardzo dużo: naciski grupy rówieśniczej, patologia rodziny, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem. Narkomani podają różnorodne powody brania, ale bardzo trudno jest im się przyznać, że sami przyczynili się do zaistnienia proble-

⁶ M. Kooyman, *Społeczność terapeutyczna dla osób uzależnionych*, Warszawa 2002, s. 13-26.

⁷ G. De Leon, *Społeczność terapeutyczna. Teoria, model, metoda*, Warszawa 2003, s. 57-70.

mów. Jednym z podstawowych objawów uzależnienia jest więc brak poczucia odpowiedzialności za swoje decyzje. W społeczności terapeutycznej kładzie się duży nacisk na osobisty wkład danej osoby w zaistniałe kłopoty związane z zażywaniem narkotyków. Bez względu na to, jaka jest etiologia uzależnienia, decyzję o podjęciu leczenia w społeczności podejmuje dobrowolnie sama osoba zainteresowana. Dobrowolność pobytu w ośrodku jest wymagana od chwili przyjęcia do społeczności aż do jej opuszczenia.

Zanim wymienię czynniki leczące w społeczności terapeutycznej, należy zwrócić jeszcze uwagę na pewien specyficzny system społeczny panujący w ośrodku. Istnieją różne teorie czy też modele postrzegania środowiska społecznego społeczności terapeutycznej. Kolejnym założeniem leżącym u podstaw jest przekonanie, że środowisko społeczne przyczynia się do poprawy kondycji osoby uzależnionej. Przy korzystnej atmosferze, charakteryzującej się otwartą, szczerą komunikacją, środowisko może zyskać miano terapeutycznego, a dzięki konfrontacji, strukturalizacji, zaangażowaniu i utrwalaniu może dojść do społecznego uczenia się. Ważnym i koniecznym warunkiem tej dynamiki zmiany jest klimat i atmosfera bezpieczeństwa, które osiąga się poprzez jasną strukturę opartą na tradycyjnych zasadach⁸.

Osoba lecząca się w ośrodku aktywnie uczestniczy we własnym zdrowieniu. Podstawowym narzędziem tego procesu jest terapia grupowa. Dosyć dużą przeszkodą, szczególnie w pierwszych dniach i tygodniach, jest brak zaufania do innych osób. W modelu społeczności terapeutycznej zaufanie do grupy budowane jest stopniowo. Na początku uzależniony ufa tylko nielicznym osobom z grupy. Powoli jednak zaczyna obdarzać zaufaniem i pozostałych. Proces grupowy, dokonujący się w społeczności terapeutycznej, pozwala również zidentyfikować się z innymi osobami. „Moje kłopoty są podobne do trudności innych osób”⁹.

Można więc powiedzieć, że społeczność terapeutyczna to taka grupa ludzi, która naprawia, przywraca i leczy. Do podstawowych czynników leczących w społeczności terapeutycznej dla osób uzależnionych należą:

1. **Struktura terapeutyczna.** Środowisko ma jasną strukturę ze zrozumiałymi zasadami i normami społecznego funkcjonowania.
2. **Etapowość procesu terapii.** Podział na etapy terapii wynika z rozwojowego procesu uczenia się. Etapy programu pozwalają wyznaczać konkretne punkty realizacji celu na podstawie konkretnych wymagań społeczności.
3. **Równowaga pomiędzy demokracją a autonomią jednostki.** Demokracja w społeczności polega na oddawaniu władzy

⁸ Tamże, s. 116-122.

⁹ Tamże, s. 294-302.

- wszystkim jej członkom, większościowym podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu konfliktów. Terapia w społeczności jest obowiązkowa. Autonomia jednostki jest ograniczona przez fakt bycia częścią grupy.
4. **Uczenie się poprzez otwartą komunikację.** W społeczności terapeutycznej mieszkańiec nie może się odizolować od innych. Musi być aktywnie zaangażowany i nieustannie odbierać informacje zwrotne na temat własnych zachowań i postaw. Dzięki temu uzyskuje wgląd w siebie.
 5. **Uczenie się poprzez kryzys.** Zgodnie z teorią dezintegracji pozytywnej rozwój następuje w wyniku serii kryzysów prowadzących do dezorganizacji, po której następuje integracja na wyższym poziomie.
 6. **Wzrost samooceny za pomocą osiągnięć.** Przewyciężenie strachu przed stopniowym osiąganiem wyznaczonych sobie celów dzięki działaniu, „jak gdyby” nie istniał strach, powoduje wzrost poczucia własnej wartości. Wzrastająca samoocena obniża poczucie lęku przed porażką i odrzuceniem, które to skutecznie hamują proces zdrowienia.
 7. **Modelowanie.** Każdy uczestnik programu stara się służyć jako model zmiany. Ma on obowiązek nie tylko informować innych o tym, co powinni zmienić, ale przede wszystkim dawać przykład, jak to osiągnąć. Jest to więc całkowite odejście od narkomańskiego stylu życia, gdzie osobom postronnym nie ujawniało się tego, co robi inny uzależniony.
 8. **Uczenie się rozumienia i wyrażania emocji.** W czasie spotkań grupowych mieszkańcy zachęceni są do wyrażania własnych emocji, które wcześniej ukrywali za zachowaniami *acting-out*.
 9. **Tradycje i rytuały.** Społeczność terapeutyczna jest kulturą zmiany. Uroczystości, tradycje i rytuały służą wzmocnieniu więzi grupowej. Podstawowym przykładem jest codzienne odmawianie filozofii ośrodka.
 10. **Poprawa stosunków z rodziną.** Mimo że relacje z rodziną, szczególnie z rodzicami osób uzależnionych, charakteryzują się dużym poziomem zaburzeń, należy uważać rodziców za potencjalne źródło pomocy i wsparcia w procesie leczenia. W początkowej fazie rodzice uczestniczą w grupach dla rodziców. W późniejszym etapie wprowadzane są sesje wielorodzinne, konsultacje rodzinne czy terapia rodzinna¹⁰.

Filozofia Społeczności Terapeutycznej „Domu Nadziei”

Jestem tutaj, ponieważ nie mogę już dłużej uciekać od samego siebie.

Tak długo będę uciekał, dopóki nie odważę się zobaczyć siebie w oczach i w sercach innych.

¹⁰ M. Kooyman, *Społeczność terapeutyczna*, s. 61-69.

Tak długo będę cierpiał i bał się, dopóki nie podzielę się z innymi swoimi tajemnicami.

Jeżeli nie zaufam innym, będę sam.

Tylko w tym miejscu będę mógł zobaczyć siebie, jak w zwierciadle.

Tylko tutaj nie muszę być gigantem z marzeń czy karłem z moich strachów.

W tym Domu jestem częścią społeczności, dzieląc z moimi rówieśnikami cele i codzienny trud.

Zapuszczając tu korzenie, mogę rozwijać się i tworzyć, nie będąc już dłużej samotnym.

Pomagając innym, mogę też odnaleźć siebie.

Katolicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Wychowawczy „Dom Nadziei” jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w wieku 14-21 lat zażywających substancje psychoaktywne, w tym również alkohol. Ośrodek powstał pod koniec 1995 roku z inicjatywy grupy terapeutów pragnących pomagać młodzieży biorącej narkotyki. Nasza placówka świadczy usługi medyczne w systemie opieki stacjonarnej. Czas trwania terapii wynosi 1 rok. Dysponujemy 24 miejscami. Leczenie osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia jest bezpłatne.

Program terapeutyczny jest osadzony w filozofii społeczności terapeutycznej. Pobyt w społeczności terapeutycznej ma zapewnić przede wszystkim bezpieczne środowisko wolne od narkotyków. Celem terapii jest również wzmocnienie poczucia własnej wartości oraz uczenie konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i różnego rodzaju konfliktami. Istotna jest także zdolność do tworzenia dojrzałych i bliskich relacji interpersonalnych. Oznacza to, że celem leczenia jest nie tylko wyeliminowanie zachowań problemowych, takich jak zażywanie narkotyków, picie alkoholu. Cele leczenia wychodzą poza te symptomy i sięgają o wiele dalej. Jest to coś więcej niż pomoc w wyjściu z nałogu. Zasadniczym celem społeczności terapeutycznej jest wspieranie osobistego rozwoju. Możliwe jest to poprzez zmianę indywidualnego stylu życia przy pomocy grupy zaangażowanych osób, pracujących wspólnie, aby pomóc sobie samym i innym mieszkańcom społeczności. To bycie częścią społeczności jest szczególnie ważnym czynnikiem wspomagającym proces rozwoju. Mieszkańcy społeczności terapeutycznej funkcjonują jako członkowie rodziny, a nie jako pacjenci w instytucji. Odgrywają więc ważną rolę w kierowaniu społecznością i uczeniu się odpowiedzialności. Niemniej jednak największy wpływ na osiągnięcie trwałej zmiany ma uczenie się poprzez doświadczenie, doznawanie porażek, osiągnięcie sukcesów i ponoszenie konsekwencji swoich zachowań i decyzji.

Proponowane formy terapii w naszym ośrodku:

1. **Terapia grupowa.** Większość zajęć w społeczności terapeutycznej ma formę grupową i tak jest pomyślana, aby wzmocnić poczucie wspól-

noty. Część zajęć ma charakter nieformalnych, spontanicznych zdarzeń, inne natomiast mają charakter formalny, odbywają się w sposób planowany i regularny, w wyznaczonym miejscu. Większość zajęć przeznaczona jest dla całej społeczności, ale są i takie, w których uczestniczą osoby na poszczególnych etapach.

2. *Terapia indywidualna*, której celem jest terapia motywacyjna oraz planowanie przebiegu i efektów leczenia (diagnoza).
3. *Terapia rodzinna*. Celem pracy z rodziną jest pomoc w rozwiązywaniu problemów w rodzinie, wspieranie jej więzi emocjonalnych, odbudowywanie funkcji opiekuńczych i wychowawczych rodziny wobec dzieci oraz pomoc w integracji rodziny z jej otoczeniem społecznym. Formy pracy z rodziną: grupa wsparcia, konsultacje rodzinne, terapia systemowa.
4. *Terapia zajęciowa*: ergoterapia, zajęcia sportowe, zajęcia rekreacyjne, zajęcia plastyczne (garncarstwo), zajęcia w pracowni modelarskiej.

Ważnym czynnikiem zmiany jest troska o rozwój duchowy. Specyfiką naszego ośrodka jest jego zakorzenienie w wartościach chrześcijańskich. Uczestnictwo w praktykach religijnych, takich jak modlitwy poranne i wieczorne, we Mszy św. czy udział w sakramentach wzmacnia motywację do rozwoju osobistego. Doświadczenie religijne – doświadczenie wiary – jest niezwykle ważne dla zbudowania motywacji do zdrowienia. Pomaga utrwalić efekty terapii. Duchowość przejawia się w aktywności człowieka, w przekraczaniu własnego egoizmu, jest odrywaniem się od przywiązania się do samego siebie. Wiara wzywa do celu, do wprowadzenia sensu, do skupienia się na tym, co naprawdę istotne. Relacja z Bogiem osobowym wyprowadza człowieka z labiryntu zagubienia, chaosu, pielęgnowania własnej rany. To On może zmienić ludzką ranę w perłę: „Moc bowiem w słabości się doskonali”. Bóg nie dobija człowieka, nie wyrzeka się swego dzieła, przychodzi i ratuje, bo jest Miłością.

TERAPIA RODZIN W KATOLICKIM OŚRODKU „DOM NADZIEI”

Terapia rodzinna prowadzona w Katolickim Ośrodku „Domu Nadziei” w Bytomiu jest zakorzeniona w teorii systemowej. Polega na analizie genogramu rodziny, analizie schematów komunikacji między członkami rodziny oraz korygowaniu ich. Zawiera również instrukcje, jak rodzina może pomóc w utrzymaniu trzeźwości osobie leczącej się.

Zwykle rodzina jest włączana w system terapii w Ośrodku około trzeciego, czwartego miesiąca leczenia. Terapia rodziny obejmuje zwykle sześć spotkań z wychowankiem i jego rodziną.

Z wywiadu rodzinnego:

Rodzina pełna; matka, l. 39, ojciec, l. 45, brat l. 9. Rodzice w percepcji pacjenta – matka: silna, dominująca, odpowiedzialna za rodzinę; ojciec: mało odpowiedzialny, pod silnym wpływem matki, mało zaradny. Nikt w rodzinie nie używa substancji psychoaktywnych, poza okazjonalnym używaniem alkoholu przez ojca. Rodzice pochłonięci pracą zawodową, zwłaszcza matka. Do 9 roku życia pacjenta mieszkali u babci, która pomagała w opiece, do czasu urodzenia brata i przeprowadzki do własnego mieszkania.

W wieku szkolnym rodzice oczekiwali od syna bardzo dobrych wyników w nauce i wzorowego zachowania. Pacjent zwykle nie spełniał tych oczekiwań. Po urodzeniu drugiego dziecka zainteresowanie rodziców starszym synem zmalało, natomiast oczekiwania rosły jeszcze bardziej. Nie spełniając oczekiwań rodziców, pacjent coraz silniej odczuwał poczucie winy wobec rodziców i zazdrość w stosunku do brata. W wieku 12-13 lat nawiązał kontakt z grupą starszych uczniów, wśród których znajdował zainteresowanie i akceptację. Wraz z nimi zaczął używać narkotyków. Rodzice przez długi czas nie dostrzegali problemów syna bądź nie sądzili, że są one na tyle niepokojące¹¹.

Tak brzmi większość diagnoz pacjentów ośrodka. Oczywiście przeróżnie toczą się ich dalsze losy. Niektórzy dopiero co zaczynają brać narkotyki, dla innych narkotyki powoli stają się problemem samym w sobie. Muszę wziąć, by rano wstać.

Z diagnozy nozologicznej:

Pacjent przyjmował sporadycznie alkohol, marihuanę (4 lata, 2 lata codziennie), amfetaminę (przez 6 miesięcy codziennie), haszysz, środki wziewne, ekstazy, grzyby halucynogenne. Od 4 lat regularnie palił papierosy. W przypadku głównie zażywanych narkotyków, marihuany i amfetaminy, brak okresów abstynencji pacjenta; wystąpił szereg objawów abstynencyjnych: „głód” narkotyczny, drżenie mięśni, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, łaknienia, kołatania serca. Często zażywał narkotyki w celu złagodzenia występujących objawów. Wyrażna potrzeba zażywania większych dawek i wzrost tolerancji. Częste zmiany nastroju od depresji po euforię, występowanie lęków, samookaleczenia, autoagresja, tatuaże¹².

Terapia pozwala członkom rodziny wyrazić swoje potrzeby i wzajemne oczekiwania. Uczy efektywnego podejmowania ról społecznych i właściwego ich rozumienia, co ułatwia realizację zadań życiowych. Otwiera rodzinę na bezpośrednie wyrażanie emocji i komunikowanie ich sobie nawzajem. Zmniejsza dystans między dzieckiem a rodzicami, którzy oprócz stawiania wymagań uczą się

¹¹ Dokumentacja medyczna. Archiwum Katolickiego Ośrodka „Dom Nadziei”.

¹² Tamże.

również słuchania i rozumienia potrzeb i problemów swojego dziecka. Nie należy zapominać również o tym, że zarówno przez cały czas trwania terapii rodzinnej, jak i przed nią, pacjent należał do społeczności terapeutycznej, gdzie już wcześniej uczył się nowego, skuteczniejszego wyrażania swoich uczuć i potrzeb oraz radzenia sobie z trudnymi emocjami.

Fragment opinii psychologicznej prezentowanego pacjenta sporządzonej już po zakończeniu przez niego leczenia na podstawie KKS (Kwestionariusza Kompetencji Społecznych, Roberta Bielewskiego, Sławomira Panasiuka), NEO-FFI (Inwentarza Osobowości, Roberta Bielewskiego, Sławomira Panasiuka) i Kwestionariusza Terapeuty (Dom Nadziei):

Badany prezentuje dość wysoki poziom kompetencji społecznych w sytuacjach bliskiego kontaktu indywidualnego, adekwatnie reaguje w sytuacjach ekspozycji społecznej. Poziom asertywności średni. Otwarty na ludzi i nowe doświadczenia, odbierany jest jako miły i sympatyczny, chętny do pomocy. Potrafi również skutecznie i wytrwale dążyć do realizacji swoich potrzeb i zamierzeń.

W sposób jasny i czytelny wyraża emocje, jest otwarty na przyjmowanie informacji o sobie i koryguje zachowanie, ma większą świadomość swoich problemów i obaw w konfrontacji poza Ośrodkiem. Uczy się w liceum, jest wolontariuszem w świetlicy terapeutycznej. Wzrosło jego zaufanie do rodziny i odczuwa niższe poczucie winy w stosunku do swoich bliskich¹³.

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. W chwili osiągnięcia sukcesów 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 polega przede wszystkim na odbudowaniu pozytyw-

¹³ M. Preidl-Sadłowska, *Terapia rodzin w Katolickim Ośrodku „Dom Nadziei” – analiza wybranych przypadków*, w: *Można inaczej*, oprac. A. Tomaszewska, M. Stolińska, Bytom 2006, s. 60.

nych 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 tendencję 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, wybacząc mu wszystkie uprzednie 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 w równym stopniu 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 współzależnych.

ABSTRACT

Addiction is a multidimensional disease. A person who takes psychoactive substances experiences numerous intrapsychic difficulties which motivate him/her to seek drug therapy. It must be remembered, however, that intra-family relations play an important role in the formation of addiction. Based on case study of the patients undergoing treatment at the Catholic Centre „Home of Hope” in Bytom it is possible to define a specific model of an addict’s family. The therapy of families is an attempt to analyze this “pathological model”, but at the same time it opens a new perspective, a new narration of the family’s functioning.

Key words

therapy of families, therapy of addiction, family system, addiction