Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Studiów Edukacyjnych

Dorota Anna Dolata

Dysertacja doktorska

BIOGRAFIE DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW (DDA)- WSPARCIE SPOŁECZNE OCZEKIWANE I OTRZYMYWANE. STUDIUM PSYCHOPEDAGOGICZNE.

Praca przygotowana
w Zakładzie Poradnictwa Społecznego
pod kierunkiem prof. zw. dr hab. Magdaleny Piorunek

promotor pomocniczy
dr Agnieszka Skowrońska- Pućka

Poznań 2019

Składam serdeczne podziękowania
Pani prof. zw. dr hab. Magdalenie Piorunek
oraz Pani dr Agnieszce Skowrońskiej- Pućce
za wsparcie oraz życzliwość okazane
podczas pisania niniejszej pracy doktorskiej.

WSTĘP ... **6**

I ALKOHOLIZM ... **12**
1.1. Uzależnienie od alkoholu- główne aspekty definicyjne ... 12
1.2. Uzależnienie od alkoholu- wymiary zjawiska ... 19
1.3. Charakterystyka osoby uzależnionej od alkoholu ... 20
1.3.1. Mechanizmy uzależnienia od alkoholu- koncepcja Elvina Mortona Jellinka ... 21
1.3.2. Konsekwencje wynikające z przewlekłej intoksykacji chemicznej ... 33
1.3.2.1. Konsekwencje zdrowotne wynikające z uzależnienia ... 33
1.3.2.2. Konsekwencje społeczne wynikające z uzależnienia ... 36
1.3.2.3. Przemoc a uzależnienienie od alkoholu ... 37
1.3.2.4. Konsekwencje zawodowe wynikające z uzależnienia od alkoholu ... 41

II WSPÓŁUZALEŻNIENIE- GŁÓWNE IMPLIKACJE TEORETYCZNE ... **45**
2.1. Współuzależnienie- wprowadzenie do problematyki zagadnienia ... 45
2.2. Współuzależnienie na bazie różnych modeli wyjaśniających genezę zjawiska ... 49
2.2.1. Model psychopatologiczny współuzależnienia ... 50
2.2.2. Model zaburzeń osobowościowych współuzależnienia ... 56
2.2.3. Współuzależnienie jako konsekwencja reakcji na stres ... 58
2.3. Współuzależnione dziecko alkoholika? ... 60

III RODZINA ALKOHOLOWA ... **63**
3.1. Modele wyjaśniające funkcjonowanie rodziny alkoholowej ... 63
3.1.1. Podejście systemowe w wyjaśnianiu funkcjonowania rodziny alkoholowej- główne aspekty definicyjne, implikacje teoretyczne ... 70
3.1.2. Model Petera Steinglassa rodziny alkoholowej- główne implikacje teoretyczne ... 87
3.2. Fazy rozwoju systemu alkoholowego ... 97
3.3. Rodzina w kryzysie. Radzenie sobie w sytuacji stresu oraz kryzysu ... 108

IV WSPARCIE SPOŁECZNE- GŁÓWNE UJĘCIA DEFINICYJNE ... **125**
4.1. Wsparcie społeczne percepowane a wsparcie społeczne otrzymywane i pożądane ... 130
4.2. Dylematy dotyczące działania wsparcia społecznego ... 132
4.3. Zjawisko paradoksu wsparcia- gdy wsparcie społeczne niesie za sobą niepożądane skutki ... 135
4.4. Osobowość jednostki a wsparcie społeczne ... 136
4.5. Wsparcie systemu rodzinnego ... 139
4.6. Wsparcie instytucjonalne rodziny alkoholowej ... 141
4.6.1. Detoksykacja i farmakoterapia osoby uzależnionej od alkoholu ... 141
4.6.2. Psychoterapia osoby uzależnionej od alkoholu ... 143
4.6.3. Wsparcie instytucjonalne partnera osoby uzależnionej od alkoholu ... 150

V FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE OSÓB WYCHOWYWANYCH W SYSTEMIE ALKOHOLOWYM- ASPEKTY TEORETYCZNO- EMPIRYCZNE 159
5.1. Osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej- wyjaśnienia definicyjne 159
5.2. Etap niemowlęctwa, dzieciństwa oraz adolescencji osoby dorastającej w rodzinie alkoholowej 161
5.2.1. Role dzieci w rodzinie alkoholowej 166
5.2.2. Wczesny okres rozwoju dziecka w rodzinie alkoholowej na bazie teorii przywiązania Johna Bowlby'ego 175
5.2.3. Mentalizacja w odniesieniu do dzieci alkoholików- zarys teoretyczny 183
5.2.4. Samoocena dzieci oraz adolescentów wychowywanych w rodzinach alkoholowych w świetle badań empirycznych 187
5.3. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej- trudności w funkcjonowaniu 190
5.3.1. Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci i adolescentów wychowywanych w rodzinie alkoholowej 191
5.3.2. Indeterministyczne podejście do występowania zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych u dzieci alkoholików- model podatności na stres Michaela Windle'a oraz Patricka T. Daviesa 198
5.4. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej- funkcjonowanie psychospołeczne 202
5.4.1. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej w środowisku szkolnym 202
5.4.2. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej w grupie rówieśniczej 205
5.5. Wsparcie dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej 208
5.5.1. Główne obszary wsparcia dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej 208
5.5.2. Instytucjonalne formy wsparcia dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej 213

VI DOROSŁOŚĆ DDA- ASPEKTY TEORETYCZNO- EMPIRYCZNE 216
6.1. Ujęcia terminologiczne i stan badań 216
6.2. Funkcjonowanie psychospołeczne 223
6.2.1. Samoocena dorosłych dzieci alkoholików 225
6.2.2. Trudności w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików 227
6.2.3.Dorosłe dzieci alkoholików a zaburzenia psychopatologiczne 230
6.3. Dorosłe dzieci alkoholików w relacjach intymnych 235
6.3.1. Trudności w relacjach intymnych dorosłych dzieci alkoholików 235
6.3.2. Style przywiązania dorosłych dzieci alkoholików a ich relacje intymne 243
6.4. Proces resilience- czynniki ochronne dorosłych dzieci alkoholików 246
6.5. Wsparcie dorosłego dziecka alkoholika 255
6.5.1. Psychoterapia indywidualna 255
6.5.2. Terapia grupowa 258
6.5.3. Grupa samopomocowa 260

VII METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH 261
7.1. Doświadczenia DDA jako kategoria badawcza 261
7.2. Metody jakościowe w badaniach społecznych 263
7.3. Metoda biograficzna i jej zastosowanie w badaniach autorskich 269

7.4. Przedmiot, cele oraz pola problemowe autorskich badań jakościowych 272
7.5. Wywiad biograficzny (wywiad narracyjny)- technika badawcza badań autorskich 275
7.6. Dobór próby badawczej, charakterystyka osób badanych i organizacja badań 277

VIII POPRZECZNA ANALIZA PRZYPADKÓW - WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH 280
8.1. Dzieciństwo i adolescencja dorosłych dzieci alkoholików 280
8.1.1. Poczucie własnej wartości w okresie dzieciństwa 280
8.1.2. Specyfika funkcjonowania w dzieciństwie i adolescencji w określonej roli rodzinnej 282
8.1.3. Dorastanie w rodzinie alkoholowej w biografiach dorosłych dzieci alkoholików - okres dzieciństwa i adolescencji 311
8.1.3.1. Retrospektywne spojrzenie na funkcjonowanie w systemie alkoholowym 311
8.1.3.2. Zasady panujące w rodzinie alkoholowej 316
8.1.3.3. Granice zewnętrzne oraz wewnętrzne w rodzinie alkoholowej 322
8.1.3.4. Parentyfikacja 324
8.1.3.5. Rodziny splątane 327
8.1.3.6. Rodziny niezwiązane 328
8.1.4. Relacje członków rodziny alkoholowej 331
8.1.4.1. Relacje uzależnionego rodzica z partnerem 332
8.1.4.2. Relacja dziecka i adolescenta z uzależnionym rodzicem 335
8.1.4.3. Relacja dziecka i adolescenta z nieuzależnionym rodzicem 340
8.1.5. Szkoła w okresie dzieciństwa i adolescencji dorosłych dzieci alkoholików 343
8.1.5.1. Samopoczucie w szkole w okresie dzieciństwa i adolescencji 344
8.1.5.2. Relacje rówieśnicze w okresie dzieciństwa i adolescencji 345
8.1.5.3. Pierwsze relacje intymne w okresie adolescencji 351
8.1.5.4. Trudności charakterystyczne dla okresu adolescencji 352
8.1.5.5. Relacje z nauczycielami w okresie dzieciństwa i adolescencji 357
8.1.6. Radzenie sobie z trudnościami w okresie dzieciństwa i adolescencji 362
8.1.6.1. (Nie)radzenie sobie ze stresem w rodzinie w okresie dzieciństwa i adolescencji 362
8.1.6.2. (Nie)radzenie sobie z trudnościami w szkole w okresie dzieciństwa i adolescencji 366
8.1.7. Wsparcie społeczne w okresie dzieciństwa i adolescencji 370
8.1.7.1. Wsparcie społeczne oczekiwane w okresie dzieciństwa 374
8.1.7.2. Wsparcie społeczne oczekiwane w okresie adolescencji 376
8.1.7.3. Źródła oczekiwanego wsparcia społecznego 380
8.1.7.4. Wsparcie społeczne (nie)otrzymywane w okresie dzieciństwa i adolescencji 381
8.2. Dorosłe dzieci alkoholików - aktualne funkcjonowanie 393
8.2.1. Samoocena i zasoby dorosłych dzieci alkoholików 393
8.2.2. Wybrane trudności indywidualne dorosłych dzieci alkoholików 399
8.2.3. Trudności w relacjach partnerskich 405
8.2.4. Powielanie schematów relacji z rodzicami przez dorosłe dzieci alkoholików 413
8.2.5. Specyfika funkcjonowania w dorosłości w określonej roli psychologicznej 418
8.2.6. Dorosłe dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia 430

8.2.6.1. Relacje alkoholika z partnerem 431
8.2.6.2. Uwikłane relacje dorosłych dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia 436
8.2.6.3. Aktualne samopoczucie dorosłych dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia 445
8.2.7. (Nie)radzenie sobie ze stresem dorosłych dzieci alkoholików 450
8.2.8. Satysfakcja z życia dorosłych dzieci alkoholików 456
8.2.9. Wsparcie społeczne dorosłych dzieci alkoholików 460
8.2.9.1. Wsparcie społeczne oczekiwane przez dorosłe dzieci alkoholików 461
8.2.9.2. Obszary oczekiwanego wsparcia społecznego przez dorosłe dzieci alkoholików 463
8.2.9.3. Wsparcie społeczne (nie)otrzymywane przez dorosłe dzieci alkoholików 468

ZAKOŃCZENIE 474

BIBLIOGRAFIA: 483

NETOGRAFIA: 513

Wstęp

Uzależnienie od alkoholu stało się przedmiotem zainteresowań badawczych oraz teoretycznych wielu różnych dyscyplin naukowych, w tym między innymi pedagogiki i psychologii (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 13). Jest to spowodowane rosnącą liczbą osób nadmiernie dokonujących konsumpcji tej substancji psychoaktywnej, coraz częściej także osób młodych, wchodzących w okres dorosłości. Jak wskazują dane Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ponad 80% dorosłych Polaków spożywa alkohol, a 11% doznaje przez to szkód zdrowotnych i społecznych. Z kolei ok. 2% populacji polskiej postawiono diagnozę uzależnienia (B. T. Woronowicz 2017, s. 172; PARPA 2017, s. 8). Problem związany z chorobą uzależnienia od alkoholu nie jest jednowymiarowy, bowiem obejmuje wiele obszarów funkcjonowania jednostki i dotyczy osób, z którymi ta pozostaje w bezpośredniej relacji- przede wszystkim członków rodziny, a w szczególności dzieci, którym trudno zrozumieć, co dzieje się z ich uzależnionym rodzicem.

Pytanie dotyczące liczby osób dorastających w rodzinach alkoholowych często pojawia się w debatach publicznych. „Dotychczasowe oszacowania są jednak nieprecyzyjne, rzadko odkrywana jest metodologia szacowania, a wyniki różnią się znacznie w zależności od przyjętych założeń" (Ł. Wieczorek, J. Wciórka i in. 2015, s. 194). Odwołując się ponownie do danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych można wskazać, że szacunkowa liczba małoletnich, których co najmniej jedno z rodziców jest uzależnione od alkoholu, wynosi ok. 4% populacji (http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki). Podkreśla się również, że w każdej klasie szkolnej funkcjonuje co najmniej dwoje, bądź troje takich uczniów (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 7). Wskazane dane nie są precyzyjne, ponieważ szereg osób uzależnionych nie poddało się leczeniu, w konsekwencji trudno dookreślić, w ilu jeszcze domach problem alkoholowy występuje.

Największe szkody, z powodu uzależnienia rodzica, ponoszą dzieci dorastające w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym. Wśród tych najczęściej występujących w ich funkcjonowaniu wymienia się: edukacyjne, te, związane z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji rówieśniczych, zachowania nieaprobowane społecznie, nadużywanie środków psychoaktywnych, a w okresie dorosłości różnego rodzaju zaburzenia (depresyjne, osobowości, adaptacyjne itp.), problemy w związkach partnerskich i relacjach interpersonalnych (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011; T. Cermak, J. Rutzky 1998; S. Wegscheider- Cruse 2000; L.

Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010). Bez wątpienia dzieci i adolescenci pochodzący z rodziny alkoholowej stanowią grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów rozwojowych i socjalizacyjnych, zwłaszcza, że „zwykle nie wyciągają ręki po pomoc. Nie znajdują oparcia we własnych emocjach ani nie korzystają ze wsparcia, jakie mogłyby uzyskać od społeczności, w której żyją" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 105). Wyróżnione na samym początku dane statystyczne wskazujące na liczbę osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej a przytaczane wyżej potencjalne konsekwencje z tego wynikające uwydatniają skalę problemu oraz potrzebę wdrożenia efektywnych dla nich form wsparcia. Stąd funkcjonowaniem dzieci, adolescentów oraz dorosłych dzieci alkoholików interesują się zarówno specjaliści pracujący w różnych instytucjach pomocowych, placówkach opiekuńczo- wychowawczych, szkołach, ośrodkach socjoterapeutycznych, ale również teoretycy, realizujący badania empiryczne i poszukujący możliwie najefektywniejszych dla nich form wsparcia.

W literaturze przedmiotu szeroko podejmowana jest kwestia związana z definiowaniem terminu *dorosłe dzieci alkoholików*. W celu charakterystyki opisywanej grupy osób Sharon Wegscheider- Cruse pisze: „w życiu samodzielny i odpowiedzialny, wewnątrz siebie tak dorosły pozostaje przestraszonym i skrzywdzonym dzieckiem. Jest dojrzały fizycznie i intelektualnie, ale nie emocjonalnie, ponieważ jego potrzeby emocjonalne w dzieciństwie nie zostały zaspokojone przez cierpiącą rodzinę" (S. Wegscheider- Cruse 2000, s. 236- 237). Agnieszka Widera- Wysoczańska, wskazany termin odnosi do „osób pochodzących z rodzin alkoholowych, których dzieciństwo wypełnione było ciągłą walką o przetrwanie, sprawiając, iż w życiu dorosłym często towarzyszy im poczucie, że nigdy nie doświadczyły bycia dzieckiem" (A. Widera- Wysoczańska 2003, s. 9). Niektórzy z kolei podkreślają, że dorosłe dzieci alkoholików są jednostkami, które „nie przeszły pomyślnie przez etapy rozwojowe, które warunkują dojrzałość i dorosłość, a bycie dzieckiem alkoholika oznacza posiadanie doświadczeń, które przerastają możliwości sprostania im" (I. Miller, B. Tuchfeld 1990, s. 5-6). Zofia Sobolewska- Mellibruda pisze o istnieniu syndromu Dorosłych Dzieci Alkoholików[1] określając, że cierpią na niego osoby prezentujące szereg problemów i zaburzeń wynikających z destrukcyjnych schematów osobistych będących konsekwencją dorastania w rodzinie alkoholowej (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 11). We współczesnym obiegu naukowym nie uznano jednoznacznie istnienia syndromu Dorosłych Dzieci Alkoholików ze względu na „wątpliwości dotyczące uznania grupy DDA za jednorodną, a co za tym idzie, klasyfikowania

[1] Termin Dorosłe Dzieci Alkoholików został zapisany wielkimi literami, ponieważ w literaturze przedmiotu najczęściej stosowany jest taki zabieg w sytuacji, gdy wskazuje się na występowanie wspomnianego syndromu u tej grupy osób.

syndromu DDA jako odrębnego zespołu, specyficznego dla wszystkich osób dorastających w rodzinach z problemem alkoholowym" (A. Pasternak, K. Schier 2014, s. 554). Niektórzy autorzy określają osoby dorastające w rodzinie alkoholowej mianem współuzależnionych, co również nie jest powszechnie przyjęte przez wszystkich naukowców oraz praktyków i bywa tematem debat publicznych. Różnorodność ujęć teoretycznych odnoszących się do wskazanego pojęcia uwypuklona jest w mozaice kategoryzacji dorosłych dzieci alkoholików (np. role psychologiczne wyróżnione przez Sharon Wegscheider- Cruse, podział zaproponowany przez Timmena L. Cermaka oraz Jacquesa Rutzky'ego, klasyfikacja E. Jamesa Anthony'ego). Ich charakterystyka podkreśla niejednorodność funkcjonowania tej grupy osób w różnych płaszczyznach życia. Bez względu jednak na rozmaite ujęcia definicyjne, używając terminu dorosłe dzieci alkoholików mam na myśli grupę osób wychowywanych w rodzinie, w której centralnym problemem stało się uzależnienie od alkoholu rodzica/ rodziców, co często generuje występowanie trudności w funkcjonowaniu ich dzieci w różnych sferach życia.

Współcześnie istnieje szereg badań odnoszących się do funkcjonowania dzieci i adolescentów pochodzących z rodziny alkoholowej i wynikających z tego konsekwencji w ich dalszym rozwoju. W dużej mierze, źródła kliniczno- terapeutyczne oscylują wokół trudności, z którymi ci się borykają, a które są konsekwencją funkcjonowania systemu rodzinnego i nieudzielenia im wsparcia (W. Junik 2012, s. 28). Wciąż niewiele jest prowadzonych weryfikacji empirycznych nawiązujących do ich funkcjonowania w okresie dorosłości, w relacjach z uzależnionym oraz współuzależnionym rodzicem oraz potencjalnego wpływu tychże na ich sposób widzenia rzeczywistości i bycia w różnych relacjach interpersonalnych. Równie rzadko bada się to, jak dorosłe dzieci alkoholików, nie mieszkające z rodzicami, postrzegają ich (rodziców) aktualne relacje w diadzie małżeńskiej oraz jakie uczucia towarzyszą im, gdy przebywają w domu rodzinnym. W jakim stopniu, mimo opuszczenia gniazda rodzinnego, wciąż powielają schematy funkcjonowania w relacjach z uzależnionym i współuzależnionym rodzicem i jakie temu towarzyszą emocje.

W dotychczas realizowanych badaniach dominują te, które opierają się na wykorzystaniu strategii ilościowej i koncentrują się na wybranych aspektach funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, np. trudnościach w relacjach partnerskich, występowaniu zaburzeń, trudnościach indywidualnych itp. Najczęściej dotyczą wybranego i określonego spektrum problemów. Znacznie rzadziej dokonywane są weryfikacje empiryczne nawiązujące do doświadczeń tej grupy osób w biegu całego dotychczasowego życia: dzieciństwa, adolescencji oraz dorosłości, uwzględniające przy tym ich percepcję minionych i aktualnych zdarzeń.

Stąd przedmiotem badań uczyniłam doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików oraz oczekiwane i otrzymywane przez nie wsparcie w różnych etapach życia. Badane osoby uczestniczyły w terapii indywidualnej lub grupowej przez okres co najmniej roku. W konsekwencji są świadome trudności, z jakimi się borykają, a aspekt związany z trudnymi przeżyciami z okresu dzieciństwa i adolescencji został przez nie przepracowany w trakcie procesu terapeutycznego. W konsekwencji z większą łatwością opowiadały o minionych doświadczeniach.

Uwzględniając problematykę podejmowanych weryfikacji empirycznych, ich specyfikę wiążącą się z odtwarzaniem trudnych, niekiedy traumatycznych wydarzeń, co często generuje przeżywanie silnych negatywnych i ambiwalentnych emocji, jak również ze względów etycznych i metodologicznych, wybrałam **jakościowy sposób prowadzenia badań**, dzięki któremu można *dotrzeć do sensu zjawisk czy interpretować je w kategoriach znaczeń nadawanych im przez ludzi* (N. K. Denzin, Y. S. Lincoln 2008, s. 3- 4). *Pełniejsza analiza rzeczywistości społecznej i psychologicznej wymaga (...) subiektywnego odzwierciedlania doświadczeń zewnętrzności dokonywanych przez jednostki w toku komunikacji międzyludzkiej – w ramach narracji osadzonej w różnych wymiarach funkcjonowania człowieka. W tym, narracji porządkowanej przez kryteria temporalne, odnoszącej się do biegu życia człowieka* (M. Piorunek 2016, s. 12). Badania biograficzne *otwierają przed badaczami i badanymi – którzy w toku badań (...) mają do spełnienia rolę szczególną, bowiem to oni słowami konstruują i odzwierciedlają swój świat życia – możliwości (...) wejścia w rzeczywistość społeczną i jednostkową oraz rozumienia toczących się w niej procesów* (M. Piorunek 2016, s. 13). W konsekwencji badacz realizujący badania we wskazanym paradygmacie ma *możliwość poszukiwania odpowiedzi na pytania kładące nacisk na to, jak tworzy się doświadczenie społeczne i jak nadaje mu się znaczenie* (D. Silverman 2008, s. 32).

Zasadnym jest wykorzystanie strategii jakościowej w podejmowanych przeze mnie badaniach, ponieważ historia rekonstruowana przez dorosłe dzieci alkoholików jest nie tylko odtwarzaniem określonych faktów i wydarzeń, ale przede wszystkim nadawaniem im subiektywnego znaczenia biograficznego przez jednostkę.

W trakcie realizacji badań skoncentrowałam się na opisaniu doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików na różnych etapach ich życia- w dzieciństwie, adolescencji oraz dorosłości. Istotnym było również zwrócenie uwagi na nadawane przez nie znaczenie przeszłym i aktualnym relacjom z rodzicami, rówieśnikami oraz nauczycielami i sposób funkcjonowania w różnych obszarach życia: szkolnym, zawodowym i prywatnym. Akcentowane w ich narracjach wątki, dotarcie do znaczeń i sensów jakie przypisują dorastaniu w rodzinie alkoholowej,

pozwoliło dostrzec subiektywnie przez nie nadawaną ważność określonym sytuacjom w powiązaniu z ich aktualnym funkcjonowaniem. Istotnym elementem było także wskazanie emocji, które były dominującymi w określonych interakcjach społecznych i kontekstach sytuacyjnych. Ważnym celem podjętych weryfikacji empirycznych stało się ustalenie oczekiwanego i otrzymywanego przez moich rozmówców wsparcia społecznego oraz ustalenie efektywności form pomocy adresowanych do tej grupy osób. Zwróciłam szczególną uwagę na wskazywane w ich narracjach osoby ważne, które wzbogaciły ich życie o inne i konstruktywne doświadczenia, których nie zaznali ze strony rodziców, a które mogły być czynnikami ochronnymi w ich biografii.

Niniejsza dysertacja została podzielona na dwie uzupełniające się wzajemnie części. W pierwszej skoncentrowałam się na ujęciu teoretycznym następujących zjawisk: alkoholizmu; współuzależnienia; rodziny alkoholowej; wsparcia społecznego; funkcjonowania dzieci i adolescentów wychowywanych w rodzinie alkoholowej; funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików:

Rozdział I „Alkoholizm"- poruszono w nim problematykę odnoszącą się do zjawiska uzależnienia od alkoholu i jego rozumienia w płaszczyźnie klasyfikacji diagnostycznych oraz Jellinkowskiej koncepcji nałogu alkoholowego. Uwzględniono również skutki wynikające z tej choroby, które dotyczą aspektu zdrowotnego, społecznego oraz zawodowego.

Rozdział II „Współuzależnienie- główne implikacje teoretyczne" skupiony jest wokół różnych ujęć teoretycznych wyjaśniających to zjawisko i jego odniesień do grupy dorosłych dzieci alkoholików.

Rozdział III „Rodzina alkoholowa" przedstawia wyjaśnienie funkcjonowania rodziny alkoholowej w świetle ujęcia systemowego ze szczególnym zaakcentowaniem teorii Petera Steinglassa. Wskazałam cykle rozwoju rodziny alkoholowej oraz odniosłam się do problematyki związanej z kryzysami w rodzinie i możliwych form ich przezwyciężania.

Rozdział IV „Wsparcie społeczne- główne ujęcia definicyjne" poświęcony jest zaprezentowaniu głównych ujęć definicyjnych wsparcia społecznego ze szczególnym rozróżnieniem między wsparciem oczekiwanym a otrzymywanym oraz ukierunkowaniem na możliwe formy pomocy systemowi rodzinnemu- osobie uzależnionej od alkoholu oraz jej partnerowi.

Rozdział V „Funkcjonowanie psychospołeczne osób wychowywanych w systemie alkoholowym- aspekty teoretyczno- empiryczne"- podkreśla istotność wczesnego etapu rozwoju dziecka (akcentując rolę przywiązania do figury przywiązania) oraz zahamowania procesu mentalizacji w kontekście dorastania w rodzinie alkoholowej. Podjęłam się również

opisania poszczególnych ról psychologicznych na bazie typologii Sharon Wegscheider- Cruse oraz ewentualnych trudności w kontekście internalizacji oraz eksternalizacji problemów dzieci i adolescentów z rodziny alkoholowej. Wskazałam także na potencjalne formy pomocy tej grupie osób.

Część pierwszą kończy rozdział VI „Dorosłość DDA- aspekty teoretyczno-empiryczne"- wyszczególniłam ujęcia terminologiczne i aktualny stan badań nad dorosłymi dziećmi alkoholików. Wskazałam na potencjalne trudności w ich funkcjonowaniu w okresie dorosłości akcentując te, charakterystyczne dla nich w płaszczyźnie nawiązywania i podtrzymywania relacji intymnych. Zaakcentowałam rolę czynników ochronnych omawiając koncepcję *resilience*. Podsumowując rozdział przedstawiłam najważniejsze formy wsparcia dorosłych dzieci alkoholików.

Drugą część pracy rozpoczęłam od przedstawienia głównych założeń metodologicznych realizowanych przeze mnie badań biograficznych , by w ostatnim rozdziale móc odnieść się do szczegółowej ich analizy ukazującej doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików oraz oczekiwane i otrzymywane przez nie wsparcie społeczne.

ROZDZIAŁ I

Alkoholizm

1.1. Uzależnienie od alkoholu- główne aspekty definicyjne

W wielu społeczeństwach spożywanie alkoholu jest akceptowane, a nawet bywa pożądanym elementem życia. Szczególnego znaczenia nabiera zwłaszcza podczas świąt oraz uroczystości rodzinnych. Jednak intoksykacja chemiczna[2] bywa zjawiskiem dychotomicznym- obok aprobaty jednostek spożywających alkohol w sposób bezproblemowy[3], pojawia się także dezaprobata, a wręcz odrzucenie społeczne tych, których picie alkoholu staje się szkodliwe nie tylko dla nich samych, ale także dla osób będących z nimi w relacjach (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 60). Dzieje się tak dlatego, że jednostki te bywają nieprzewidywalne w swoim postępowaniu, mają trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów interpersonalnych, które nie opierałyby się wyłącznie na spożywaniu alkoholu. Chodzi o osoby uzależnione od wspomnianej substancji psychoaktywnej, pijące szkodliwie/wykazujące zaburzenia używania substancji[4].

[2] Odwołując się do Słownika Psychologii Arthura S. Rebera oraz Emily S. Reber, poprzez intoksykację chemiczną rozumie się „zatrucie jakąś substancją" (2008, s. 293). Niniejsi autorzy piszą także, że „w szczególności: stan taki spowodowany jest nadmiernym spożyciem alkoholu" (2008, s. 293). W konsekwencji, odwołując się do ich definicji, w mojej pracy, pisząc o intoksykacji chemicznej, będę miała na myśli wyłącznie nadmierną konsumpcję alkoholu - w przypadku, gdy mowa będzie o innych substancjach psychoaktywnych, zostanie to wyraźnie zaznaczone. Należy przy tym podkreślić, że jednorazowe zatrucie alkoholem etylowym nie musi od razu oznaczać uzależnienia od alkoholu. W konsekwencji używając terminu „intoksykacja chemiczna", nie mam na myśli jego nadmiernej konsumpcji wyłącznie przez osoby uzależnione.

[3] Jednostka spożywająca alkohol „bezproblemowo" to taka, która nie wykazuje objawów uzależnienia od alkoholu bądź nie pije szkodliwie/nie wykazuje zaburzeń używania substancji (niniejsze terminy zostaną zdefiniowane w dalszej części pracy). Należałoby przy tym dokonać także odwołania do terminu „picie problemowe", które określane jest jako „jakakolwiek konsumpcja alkoholu, która prowadzi do istotnego ryzyka uszkodzenia fizycznego, problemów psychologicznych, wypadków, kłopotów z prawem lub innych problemów społecznych" (C. K.. Erickson 2010, s. 138). Takie picie obejmuje także uzależnienie alkoholowe. Szerszego opisu różnych rodzajów picia dokonał między innymi Carlton K. Erickson w swojej publikacji zatytułowanej: „*Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*".

[4] Omawiana terminologia jest zróżnicowana w zależności od klasyfikacji diagnostycznych. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) można spotkać się z określeniem „szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych", z kolei w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 pojawia się określenie „zaburzenie używania substancji". W obydwu klasyfikacjach zauważalne są różnice w stopniu szczegółowości opisu niniejszego zaburzenia. Mianowicie w klasyfikacji DSM-5 bardziej szczegółowo opracowano kryteria diagnostyczne odwołujące się do omawianego zjawiska, z kolei w ICD-10 są znacznie bardziej ogólnikowe (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 87; K. A. Iwanicka, M. Olajossy 2015, s. 296- 297). Równocześnie należy podkreślić, że w klasyfikacji DSM-5 „zniknął (bądź pozostał cząstkowy) podział na uzależnienie i nadużywanie alkoholu" (K. A. Iwanicka, M. Olajossy 2015, s. 297). Jerzy Mellibruda oraz Zofia Sobolewska-Mellibruda rozróżniają nadużywanie alkoholu od alkoholizmu określając, że z pierwszym mamy do czynienia wówczas, gdy intensywność i ilość wypijanego alkoholu przynosi jednostce szkody, a z drugim w momencie, gdy mimo doświadczania tych szkód jednostka nie zaprzestaje picia (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 85).

Na bazie kategoryzacji wystosowanej w DSM-5, **zaburzenie używania alkoholu** ujmowane jest jako „problematyczny wzorzec picia alkoholu, prowadzący do istotnego klinicznie upośledzenia funkcjonowania lub cierpienia, objawiający się w ciągu 12 miesięcy przez co najmniej dwa spośród wymienionych (…)" (DSM-5 2015, s. 225). Następnie w omawianej kategoryzacji diagnostycznej, wystosowany zostaje szereg objawów, spośród których, wg powyższej definicji, muszą wystąpić w ciągu 12 miesięcy co najmniej dwa, by można było stwierdzić diagnozę zaburzenia używania alkoholu. Specyfika wskazanych objawów jest stosunkowo ściśle skategoryzowana i dość szczegółowo przedstawiona. Mianowicie wyodrębnione zostały zarówno objawy fizjologiczne związane z zażywaniem substancji psychoaktywnej, jak również określone konsekwencje społeczne wynikające z problemowej intoksykacji chemicznej. Stosuje się także kategoryzację na stopnie ciężkości zaburzenia używania alkoholu: łagodne (2-3 objawy); umiarkowane (4-5 objawów) oraz ciężkie (co najmniej 6 objawów) (DSM-5 2015, s. 226).

Z kolei w klasyfikacji ICD-10 zostaje już dokonane rozróżnienie pomiędzy zespołem uzależnienia od alkoholu a szkodliwym piciem- konkretniej **używaniem szkodliwym**, które określone zostało jako sposób przyjmowania substancji psychoaktywnych, który powoduje szkody zdrowotne. Mogą to być szkody somatyczne (np. zapalenie wątroby u osób wstrzykujących sobie substancje) albo psychiczne (np. epizody zaburzeń depresyjnych wtórne do intensywnego picia alkoholu) związane z uzależnieniem od alkoholu. Należy podkreślić, że szkodliwe picie nie nosi znamion uzależnienia od alkoholu (ICD-10 1998, s. 73). Równocześnie, by zdiagnozować szkodliwe spożywanie substancji psychoaktywnej, należy stwierdzić, że poniesione przez jednostkę szkody są bezpośrednią pochodną intoksykacji chemicznej. Podaje się także, że szkody społeczne, takie jak np. spory małżeńskie, aresztowanie itp., ostre zatrucie czy „przepicie", nie są same w sobie wystarczającymi symptomami, by rozpoznać picie szkodliwe. Nie można używać tego terminu wobec jednostki uzależnionej od alkoholu, jak również wobec zaburzeń psychotycznych czy innych, związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnej czy ze spożywaniem alkoholu (ICD-10 1998, s. 73). W konsekwencji, by zdiagnozować picie szkodliwe, należy odwołać się do klasyfikacji innych, wymienionych wcześniej zaburzeń, których objawy i sposoby diagnozy są szczegółowo przedstawione w omawianym podręczniku diagnostycznym. W roboczej wersji klasyfikacji diagnostycznej ICD-11 pod pojęciem „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu" klasyfikuje się: używanie szkodliwe, ostre zatrucie alkoholem, zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychiczne będące pochodną używania alkoholu oraz zespół

uzależnienia i zespół abstynencyjny (A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec 2015, s. 56).

Kategoryzacja przyjęta w klasyfikacji ICD-10 jest dość ogólnikowa, z kolei ta wyodrębniona w DSM-5- bardziej szczegółowa. Należy podkreślić, że w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) nie istnieje już rozróżnienie pomiędzy używaniem szkodliwym alkoholu, a uzależnieniem od niego. Taką zmianę w nazewnictwie zwięźle tłumaczą autorzy w artykule „*What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V*", w którym nadmieniają, że „w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnej, świat medycyny potrzebuje drastycznej zmiany. Uzależnienie jest doskonale akceptowalnym słowem (…). Oczywistym jest, że wszelkie szkody, które wynikają ze względu na pejoratywne konotacje związane ze słowem »uzależnienie«, stają się niewielkie w odniesieniu do szkód, jakich doświadczają pacjenci, których lekarze nie diagnozują uzależnienia, ale nadużywanie alkoholu" (Ch. P. O'Brien, N. Volkow, T-K Li 2006, s. 765: tłum. Dorota Dolata). W konsekwencji, w zależności od przyjętej klasyfikacji diagnostycznej, można mówić o jednostce, która spożywa alkohol w sposób szkodliwy, a która nie jest uzależniona od alkoholu (ICD-10) bądź wyłącznie o zaburzeniu używania alkoholu charakteryzujące się różnym stopniem nasilenia zaburzeń (nie różnicując na osoby nieuzależnione, nadużywające alkoholu a osoby uzależnione) (DSM- V) (A. Samochowiec, M. Chęć, Ł. Kołodziej, J. Samochowiec 2015, s. 56)[5].

Zespół uzależnienia od alkoholu, który często określany jest mianem choroby alkoholowej, uzależnieniem od alkoholu bądź w skrócie alkoholizmem[6], należy do grupy

[5] Odwołując się do kategoryzacji DSM-5, w której nie występuje ścisłe rozróżnienie na jednostkę uzależnioną od tej, która wykazuje zaburzenia zażywania substancji psychoaktywnej, należałoby zastanowić się nad możliwą stygmatyzacją danej osoby. Z jednej strony takie podejście ma swoją dobrą stronę, która została już nadmieniona powyżej, z drugiej jednak strony może stosunkowo ograniczać specyfikę leczenia jednostki- dla osoby nieuzależnionej mogłaby zostać udzielona pomoc w formie ukierunkowania na picie kontrolowane. Bardziej szczegółowe informacje dotyczące tej formy pomocy (redukcja szkód w psychoterapii) osobom nadużywającym alkoholu zostaną zawarte w dalszej części pracy, w rozdziale odnoszącym się do wsparcia rodziny alkoholowej.

[6] Krytycznego ujęcia stosowania terminologii „uzależnienie" oraz „nałóg" dokonał Carlton K. Erickson w swojej książce zatytułowanej „*Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*". Autor ten wyraził krytyczny stosunek do nadużywania słowa „nałóg", który według niego jest nienaukowy, zbyt rozległy, niejasny, błędnie rozumiany, stygmatyzujący. Jak sam pisze: „»nałóg« to doskonałe słowo, gdy ktoś chce mówić o zachowaniach wymykających się spod kontroli (…)" (C. K. Erickson 2010, s. 23). Dokonuje się przy tym rozróżnienia między uzależnieniem fizjologicznym (czyli takim, gdzie występuje zespół abstynencyjny oraz tolerancja będąca naturalną reakcją organizmu wynikającą z powtarzającego się stosowania wybranych leków) a zespołem uzależnienia od substancji psychoaktywnej (czyli kompulsywnym używaniem i myśleniem o niniejszej substancji, co warunkuje szkodę dla innych czynności i zajęć) (S. H. Stewart 2013, s. 97). Celem niniejszego opracowania nie jest dokonanie szczegółowego rozróżnienia i krytycznego ujęcia stosowania wspomnianej terminologii, należy jedynie zasygnalizować, że wciąż istnieją spory wśród grupy badaczy zajmujących się omawianą problematyką, dotyczące zastosowania określonej terminologii i jej kategoryzacji.

uzależnień określanych mianem uzależnień substancjalnych[7]. Podstawą dla kształtu współczesnej definicji określającej to uzależnienie jest definicja, która była podawana w VIII wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Urazów i Przyczyn Zgonów z 1965 roku, a brzmiała następująco: alkoholizm to „stan psychicznego i fizycznego uzależnienia, a w nim zwiększenie się tolerancji, zespół abstynencyjny, utrata kontroli picia tj. niemożność powstrzymywania się od picia, a w nałogu dalej posuniętym - zmniejszenie tolerancji" (A. Kościan 2011, s. 5). Dopiero z biegiem czasu termin „alkoholizm nałogowy" został zastąpiony „zespołem uzależnienia od alkoholu", który wprowadziła Światowa Organizacja Zdrowia w IX wersji Międzynarodowej Klasyfikacji z 1978 roku. Było to spowodowane nieścisłościami w stosowaniu terminu „alkoholizm", który mógł oznaczać zarówno patologię społeczną, która związana jest ze spożywaniem alkoholu, jak również chorobę alkoholową czy picie, które wykracza poza obowiązujące normy kulturowe. Omawiany termin został zastąpiony następującymi: „stany ograniczonej sprawności spowodowanej alkoholem" bądź „problemy alkoholowe" (B. Woronowicz 1998, s. 62).

Koncepcja alkoholizmu jako jednostki nozologicznej, nie była zamysłem ogólnie przyjętym i aprobowanym, mimo że już w XVIII wieku Benjamin Rush opublikował książkę, w której podejmując próbę zróżnicowania alkoholizmu od pijaństwa, sformułował pierwsze koncepcje alkoholizmu jako choroby o charakterze przewlekłym. Zarówno wspomniany autor, jak również Szkot i lekarz Thomas Trotter, wysunęli koncepcję alkoholizmu, którego bazą były, według nich, wyuczone zachowania ukształtowane przez bodźce środowiskowe. Jednak ta teza nie znalazła uznania, zwłaszcza wśród przedstawicieli świata medycznego (M. Wnuk, J. T. Marcinkowski 2012, s. 49), i aż do połowy XX wieku spożywanie alkoholu, które przynosiło szkody zarówno w płaszczyźnie fizycznego funkcjonowania jednostki, jak również społecznego, prywatnego i zawodowego, ujmowane było w kategoriach moralno-etycznych aniżeli psychopatologicznych (L. Cierpiałkowska 2000, s. 26). W 1849 roku Magnus Huss był pierwszą osobą, która określiła alkoholizm jako „koniunkcję objawów patologicznych centralnego układu nerwowego w psychicznej, sensorycznej i ruchowej sferze" (W. Heckmann, C. M. Silveira 2009, s. 65; tłum. Dorota Dolata).

Ogólnie, jak podaje Thomas F. Babor, problematykę rozumienia i definiowania alkoholizmu można podzielić na trzy okresy: przednaukowy (1850-1940 r.), era Jellinka (1941-

[7] **Uzależnienia substancjalne** są konsekwencją zażywania środków psychoaktywnych, z kolei **uzależnienia niesubstancjalne** występują, gdy jednostka jest uzależniona np. od jedzenia, surfowania w internecie, uprawiania sportów itp. (L. Cierpiałkowska 2006, s. 21).

1960 r.), era po Jellinku (od 1960 r.)[8]. Dopiero badacz Elvin Morton Jellinek wywarł olbrzymi wpływ na rozumienie omawianego zjawiska. Mianowicie, wraz z Karl Bowman dokonali przeglądu literatury dotyczącej alkoholizmu, na bazie której napisali w czasopiśmie „*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*" artykuł „*Alcohol Addiction and Its Treatment*", który stanowił integrację dwudziestu czterech opracowań mających wysokie znaczenie naukowe w płaszczyźnie alkoholizmu i które pojawiły się na świecie do 1940 roku (T. F. Babor 1996, s. 10; tłum. Dorota Dolata).

Elvin Morton Jellinek jako pierwszy przeprowadził szeroko zakrojone kliniczne badania katamnestyczne, które odnosiły się do przebiegu oraz symptomów alkoholizmu oraz empirycznie uzasadniły rozumienie alkoholizmu jako choroby w kontekście takiego symptomu różnicującego, jakim była utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu (L. Cierpiałkowska 2000, s. 27). Książka E. M. Jellinka, zatytułowana „*The disease concept of alcoholism*" ugruntowała współczesne rozumienie alkoholizmu jako choroby przewlekłej. Autor ten dokonał także różnicowania alkoholików na pięć różnych typów, których poszczególne nazwy były tożsame z literami greckiego alfabetu, a kontrastował je kontekst picia oraz jego formy (P. B. Page 1997, s. 1619: tłum. Dorota Dolata; R. Janowski 2009, s. 66)[9]. W konsekwencji tak

[8] Istnieje zróżnicowanie względem podziału niniejszych okresów w płaszczyźnie alkoholizmu. Na przykład Lidia Cierpiałkowska w podsumowaniu własnych badań wyróżniła cztery okresy: era przednaukowa, era Jellinka, era Cloningera, era po Cloningerze i aktualnie (L. Cierpiałkowska 2006, s. 26).

[9] **Alkoholizm typu Alfa** odnosi się do jednostek uzależnionych od alkoholu, których choroba oparta jest wyłącznie na czynnikach psychologicznych. Osoby dokonują intoksykacji chemicznej w chwilach trudnych, gdy czują, że sobie nie radzą. W konsekwencji występuje u tych osób, które wykazują niską tolerancję na stres, frustrację, napięcie (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

W alkoholizmie typu Beta najistotniejszą kwestią jest utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, co w konsekwencji prowadzi do wielu powikłań somatycznych (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

Alkoholizmu typu Gamma uznany jest za najbardziej typowy rodzaj zaburzenia oraz jest progresywnym i chronicznym rodzajem choroby. Początkowo jednostka jest uzależniona psychicznie, co z biegiem czasu doprowadza do uzależnienia fizjologicznego (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

Alkoholizm typu Delta dotyczy jednostek, które są zdolne kontrolować ilość spożywanego alkoholu, jednak nie wykazują zdolności powstrzymywania się od jego spożywania. Ten typ jest najczęściej zauważalny w krajach, w których kultura aprobuje spożywanie codziennie małych ilości alkoholu. Wówczas dochodzi do powolnego kumulowania się szkód wynikających z takiego sposobu spożywania alkoholu (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

Alkoholizm typu Epsilon charakteryzuje jednostki, które na co dzień nie odczuwają przymusu intoksykacji chemicznej, mimo to jednak co jakiś czas wykazują epizody upijania się. Inaczej ten typ określa się mianem dipsomanii (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

Jellinek uważał, że osobami uzależnionymi od alkoholu są jedynie te, które wykazują alkoholizm typu Gamma, Delta i Epsilon. Są jednak badacze, którzy do niniejszej klasyfikacji dodają alkoholizm typu Zeta, charakteryzujący jednostki wykazujące po spożyciu alkoholu zachowania antyspołeczne (B. T. Woronowicz 2009, s. 141).

Oprócz wyżej scharakteryzowanej kategoryzacji osób uzależnionych od alkoholu istnieje także wiele innych. Można przy tym wspomnieć o tej, zaproponowanej przez Cloningera, którego zamiarem było stworzenie klasyfikacji alkoholizmu opierającej się także na etiologii, nie tylko na opisach fenomenologicznych. Nawiązując do stworzonej przez siebie klasyfikacji osobowości, która bazowała na tzw. teorii biosocjalnej, wyróżnił dwa typy alkoholizmu: typ I - uwarunkowany środowiskowo, typ II - związany głównie z płcią męską (B. Habrat 1992, s. 155; B. T. Woronowicz 2009, s. 154). Jak jednak pisze Andrzej Margasiński, Model Cloningera „ma on w gruncie

wystosowanej typologizacji osób uzależnionych od alkoholu, można zauważyć różne motywy powstawania omawianej choroby oraz mozaikę objawów wtórujących jej występowaniu.

Kolejnym istotnym wkładem E. M. Jellinka w świat wiedzy odnoszącej się do problematyki alkoholizmu były przeprowadzone przez niego badania, na podstawie których przedstawił opis przebiegu nałogu alkoholowego jako dynamicznie rozwijającego się procesu, w którym występują możliwe do przewidzenia wcześniej symptomy składające się na cztery główne stadia choroby (stadium przedalkoholowe; stadium wstępne [prodromalne]; stadium ostre; stadium przewlekłe). Pierwsze dwa stadia określane są mianem stadiów czysto objawowych, z kolei dwa kolejne stadiami nałogowego picia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 70).

Dzięki badaniom wzmiankowanego autora w 1956 roku Amerykańskie Towarzystwo Medyczne zdecydowało o zakwalifikowaniu alkoholizmu jako choroby. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia w 1951 roku uznała, że alkoholizm jest problemem medycznym. Przez wiele lat oscylowano wokół definiowania zjawiska uzależnienia, jego etiologii oraz jednoznacznego skategoryzowania w konkretne ramy terminologiczne. Przez długi okres, mimo coraz większej liczby osób uznających alkoholizm jako chorobę, wciąż był on postrzegany jako przejaw patologii społecznej, wyuczone zachowanie, dezadaptacyjny nawyk (B. T. Woronowicz 2009, s. 141; 143).

Współcześnie istnieje zgodność wśród badaczy, że alkoholizm jest chorobą przewlekłą oraz postępującą, nieodwracalną, która, nie będąc leczona, prowadzi do śmierci jednostki (R. Janowski 2009, s. 66). Ma ona również swoje uwarunkowania medyczne- „uzależnienie chemiczne jest chorobą mózgu, na której wystąpienie mają wpływ predyspozycje genetyczne" (C. K. Erickson 2009, s. 29). Znajduje to swoje potwierdzenie w licznych Jellinkowskich badaniach w dziedzinie genetyki, neurobiologii czy farmakologii na przestrzeni ostatnich

rzeczy charakter redukcjonistyczny, a uwzględniając olbrzymią populację alkoholików i różnice kulturowe, nie mogą dziwić odstępstwa badań weryfikacyjnych od tego modelu" (A. Margasiński 2011, s. 17).
Inną klasyfikacją jest także ta, zaproponowana przez Otto Lescha i współpracowników, w której autorzy wyróżniają cztery typy alkoholizmu: I typ „właściwy"/„pierwotny"; II typ „neurotyczny"/„lękowy"; III typ „psychotyczny"/„psychiatryczny"; IV typ „organiczny pierwotnie". Ich kategoryzacja bazowała na długoterminowych badaniach prowadzonych wśród czterystu czterdziestu czterech osobach uzależnionych od alkoholu, a charakterystyka każdego z wymienionych typów została dokonana ze względu na zróżnicowany obraz zespołu abstynencyjnego, zalecane formy terapii oraz różne przyczyny intoksykacji chemicznej (K. Iwanicka, D. Malicki, M. Olajossy 2011, s. 256; B. T. Woronowicz 2009, s. 155).
Innej kategoryzacji dokonali także Babor wraz ze współpracownikami, jak również Zucker czy Amerykański Narodowy Instytut ds. Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (B. T. Woronowicz 2009, s. 155- 156).

dwudziestu lat, które wykazały, że środki psychoaktywne wywołują zmiany homeostatyczne w organizmie, jak również neuroadaptacyjne w mózgu (Z. Madeja 2008, s. 244)[10].

W związku z tym, że w klasyfikacji DSM-5 (jak nadmieniłam wyżej) nie różnicuje się ściśle osób uzależnionych od tych wykazujących zaburzenia spożywania substancji psychoaktywnych, w kolejnej części pracy odnosić się będę wyłącznie do klasyfikacji diagnostycznej ICD-10.

Zespół uzależnienia definiowany jest jako „kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość" (ICD-10 2000, s. 73). W rezultacie chodzi o szeroko pojętą utratę kontroli nad własnym funkcjonowaniem w odniesieniu do środków psychoaktywnych (to one kierują działaniem jednostki). W tej klasyfikacji przypisuje się istotność silnemu pragnieniu przyjmowania omawianej substancji jako nieodłącznemu i głównemu objawowi uzależnienia. Oprócz powyższego u jednostki muszą pojawić się co najmniej trzy z całej listy objawów, które miałyby charakteryzować się określoną czasowością występowania w ciągu poprzedniego roku (ICD-10 2000, s. 73).

Tym, co łączy definicję alkoholizmu, zarówno na bazie klasyfikacji DSM-5, jak i klasyfikacji ICD-10 jest uznanie alkoholizmu za chorobę, zaburzenie, w którym jednostka przestaje kontrolować ilość spożywanego alkoholu. Stanowi to podstawę diagnozy opisywanej choroby (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 315).

Podsumowując, zjawisko choroby alkoholowej miało wiele różnorodnych konotacji, a jej konkretyzacja nie była łatwa ze względu na ograniczenia związane z doborem próby badawczej, różnorodnymi ujęciami teoretycznymi, niewystarczającymi dowodami empirycznymi. Współcześnie uzależnienie od alkoholu jest postrzegane w kategoriach choroby. **Stąd posługując się w swojej pracy terminem „alkoholizm", „uzależnienie od alkoholu", „uzależnienie od substancji psychoaktywnej"[11], „choroba alkoholowa", „uzależnienie" mam na myśli „nieprzystosowawczy wzorzec zażywania substancji prowadzący do klinicznie określonych zaburzeń psychicznych lub cierpienia**

[10] Szeroko na temat oddziaływania środków psychoaktywnych na funkcjonowanie psychofizyczne człowieka piszą między innymi tacy autorzy, jak cytowany wcześniej Zygmunt Madeja, Carlton K. Erickson, James W. Kalat w jednym z rozdziałów swojej książki zatytułowanej „*Biologiczne podstawy psychologii*". D. C. Lewis, który w swojej pracy zatytułowanej „*Comparision of alcoholism and other medical diseases: An Internist's view*" dokonał porównania choroby alkoholowej i jej wpływu na funkcjonowanie psychofizyczne jednostki z innymi chorobami (1991, s. 264).

[11] Jeżeli, posługując się terminem „substancja psychoaktywna" będę miała na myśli inny rodzaj substancji niż alkohol, wyraźnie to podkreślę.

psychicznego" (J. W. Kalat 2006, s. 452). Istotnym przy tym jest utrata przez jednostkę kontroli nad ilością spożywanego alkoholu, „która uaktywnia się u nałogowego alkoholika po spożyciu nawet niewielkiej dawki" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 70). Niniejsze kryterium stanowi, według Jellinkowskiego ujęcia, objaw oddzielający okres picia nałogowego od nienałogowego (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 70).

1.2. Uzależnienie od alkoholu- wymiary zjawiska

Odwołując się do danych Światowej Organizacji Zdrowia (The World Health Organisation), na świecie żyje około 140 milionów ludzi uzależnionych od alkoholu, z których większość to mężczyźni, mimo że w ciągu ostatnich dekad ilość kobiet uzależnionych od alkoholu znacznie wzrosła (C. P. Bhunu 2012, s. 124; tłum. Dorota Dolata). Z kolei w Polsce, według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, żyje około 800 tysięcy alkoholików[12], co stanowi około 2% całej populacji. Pozostałe 2-2,5 miliona jednostek, są to osoby pijące szkodliwie, które, nie zmieniając swojego dotychczasowego sposobu funkcjonowania w kontekście intoksykacji chemicznej, mogą także stać się jednostkami uzależnionymi (http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki). Przedstawione dane są zatrważające zważywszy na fakt, że średnie spożycie alkoholu przeliczane w litrach na jednego mieszkańca od roku 2013 do 2015 zamiast ulec zmniejszeniu - wzrosło. Polska plasuje się w pierwszej dziesiątce w Europie konsumentów napojów alkoholowych (K. A. Iwanicka, M. Olajossy 2015, s. 296). Jak zauważa Jacek Moskalewicz oraz Łukasz Wieczorek, „poważną rolę w konsumpcji może odgrywać spożycie nierejestrowane[13]; jego udział w okresie transformacji ustrojowych znacznie się zwiększył" (J. Moskalewicz, Ł. Wieczorek 2009, s. 308). Spożycie to obejmuje alkohole, które zostały przywiezione do kraju nielegalnie (za które nie został wniesiony odpowiedni podatek) (J. Moskalewicz, Ł. Wieczorek 2009, s. 308). W konsekwencji, jak można się spodziewać, spożycie rzeczywiste/całkowite alkoholu[14] może być znacznie wyższe, aniżeli wskazuje się w oficjalnych statystykach.

[12] **W swojej pracy używam określenia „alkoholik"/ „uzależniony" w rodzaju męskim, nie upraszczając równocześnie, że osobami uzależnionymi od alkoholu są jedynie mężczyźni, ponieważ istnieje znaczna grupa kobiet także borykających się z tym problemem. Jeśli zaistnieje potrzeba konkretyzacji, wówczas zostanie dokonane odpowiednie odniesienie, że chodzi tylko i wyłącznie o reprezentanta/ reprezentantkę określonej płci.**

[13] Wielkość tak zwanego spożycia nierejestrowanego szacuje się na 15-20% spożycia rejestrowanego (B. T. Woronowicz 2009, s. 50).

[14] Spożycie rzeczywiste/całkowite alkoholu to suma spożycia rejestrowanego i nierejestrowanego alkoholu (J. Moskalewicz, Ł. Wieczorek 2009, s. 308).

W Polsce konsumpcja alkoholu, jak to określił Dariusz Siemieniako, „wiąże się z tożsamością narodową oraz szeroko rozumianą sferą społeczno kulturową” (D. Siemieniako 2013, s. 28). Sposób picia oraz ilość spożywanego alkoholu zależne są także od religii danego kraju oraz od jego uwarunkowań kulturowych.

Odwołując się do powyższych danych oraz tych, przedstawionych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, należy mieć na względzie, że jednostki uzależnione od alkoholu, zawsze funkcjonują w określonych systemach społecznych, w tym w jednym z najważniejszych (jeśli nie najważniejszym)- rodzinie. Mówiąc o osobach uzależnionych należy przede wszystkim mieć na względzie ich rodziny - partnerów oraz dzieci. Są to ofiary przemocy w rodzinach alkoholowych. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Polsce problem ten dotyczy około 2 milionów osób (http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki). Stąd tak istotne jest, by wspierając i pomagając alkoholikowi, wesprzeć także jego rodzinę, której struktura, specyfika funkcjonowania także przyczynia się do rozwoju/trwania/podtrzymywania choroby alkoholowej (A. Margasiński 2011, s. 9-12).

1.3. Charakterystyka osoby uzależnionej od alkoholu

Wciąż nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi rozstrzygającej kwestię problematyki uzależniania się od alkoholu jednych osób, podczas gdy ci drudzy, pijąc w sposób zbliżony, pozostają zdrowi (B. T. Woronowicz 2009, s. 60). Pisząc o jednostkach uzależnionych od alkoholu nie sposób opisać specyfiki ich funkcjonowania w sposób jednostkowy, ponieważ jest to grupa osób silnie heterogeniczna. Można natomiast wyodrębnić pewne specyficzne reakcje i zachowania, które będą charakteryzowały wszystkie osoby uzależnione od alkoholu i na bazie których można zdiagnozować omawianą chorobę i wdrażać sieć wsparcia.

Pierwszy kliniczny opis uzależnienia został dokonany w latach siedemdziesiątych przez Griffith Edwards oraz współpracowników, którzy wyodrębnili grupę objawów, znajdujących zastosowanie w diagnostyce uzależnienia od alkoholu. Rok później badacze ci stworzyli listę objawów, które występują u alkoholików, takich jak: zawężenie repertuaru zachowań; wzrost tolerancji jednostki na alkohol; świadomość ulegania przymusowi; powtarzające się objawy odstawienne; przypisywanie piciu lub używaniu substancji przesadnego znaczenia; ponowne wystąpienie u jednostki uzależnienia od alkoholu po utrzymywanym okresie abstynencji; dalsza intoksykacja chemiczna, która przynosi jednostce ulgę w objawach lub pozwala ich uniknąć (G. Edwards, M. M. Gross 1976, s. 1058; tłum. Dorota Dolata; K. Franczak, K. Wilde

2011, s. 299-300). Wspomniane kryteria diagnostyczne do dzisiaj, choć w nieco zmienionej formie, są aktualne i charakteryzują uzależnionego.

Uwzględniając, że osoba uzależniona od alkoholu jest osobą chorą, należałoby także nawiązać do specyfiki poszczególnych faz rozwoju tej choroby, które różnią się między sobą i różnicują tym samym zachowanie samego alkoholika. Z fazami tymi korelują także mechanizmy uzależnienia będące nieodłączną cechą każdego uzależnionego i charakteryzujące jego samego oraz sposób jego funkcjonowania.

1.3.1. Mechanizmy uzależnienia od alkoholu- koncepcja Elvina Mortona Jellinka

W tym podrozdziale chciałabym opisać specyfikę funkcjonowania uzależnionego w płaszczyźnie jego psychicznego funkcjonowania (odwołując się także w niektórych miejscach do fizjologicznych objawów). Należy mieć na uwadze, że mechanizmy uzależnienia, o których będę pisać, a które występują u alkoholików, pełnią jedną z kluczowych ról w trwaniu choroby alkoholowej i tym samym podtrzymywaniu funkcjonowania systemu alkoholowego[15]. Stąd istotne jest przyjrzenie się ich specyfice i określenie, jak wpływają na funkcjonowanie osoby uzależnionej. Chciałabym to jednak uczynić w odniesieniu do rozwoju nałogu alkoholowego i stadiów zaproponowanych przez Elvina Mortona Jellinka, ponieważ zauważam występującą korelację między ich specyfiką a mechanizmami uzależnienia wystosowanymi przez Jerzego Mellibrudę.

Elvin Morton Jellinek[16] od lat czterdziestych XX wieku badał osoby dokonujące nadmiernej intoksykacji chemicznej[17]. Jak już wspominałam, kluczową rolę w jego koncepcji odgrywa utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu. „Koncepcja nałogu alkoholowego jako choroby nie stosuje się do zjawiska nadmiernego picia, lecz tylko do »utraty kontroli«, zjawiska, które ma miejsce w jednej tylko grupie alkoholików i tylko po wielu latach nadmiernego picia. Nie zamierzam przeczyć twierdzeniu, że nienałogowy alkoholik jest również człowiekiem chorym; twierdzę jednak, że jego chorobą nie jest nadmierne picie, lecz

[15] Termin „system alkoholowy" zostanie dokładniej opisany i wyjaśniony w podrozdziale odnoszącym się do problematyki ujęcia rodziny alkoholowej w szczególności na bazie teorii Petera Steinglassa.

[16] Elvin Morton Jellinek był pierwszą osobą, która zaklasyfikowała alkoholizm jako chorobę i tym samym zmieniła sposób jego postrzegania oraz leczenia, które jest aktualne do dzisiaj. Kiedyś Podkomisja do Spraw Alkoholizmu kategoryzowała alkoholików na „nałogowych alkoholików" oraz na „nadmiernie pijących, których picie wynika z przyzwyczajenia i jest piciem objawowym" (E. M. Jellinek 1987, s. 4). Tych drugich nie dotyczyła koncepcja alkoholizmu jako choroby (E. M. Jellinek 1987, s. 4). Współcześnie taka kategoryzacja nie istnieje. Jeśli jednostka została zdiagnozowana jako osoba uzależniona od alkoholu, oznacza to, że cierpi na chorobę alkoholową, niezależnie od sposobu intoksykacji chemicznej.

[17] Celowo nie użyto terminu „alkoholik", ponieważ w latach czterdziestych XX wieku nie uznawano niniejszego terminu w kategoriach choroby, czyli takich, w jakich posługuję się nim w niniejszej pracy.

psychologiczne lub społeczne trudności, od których chwilową ucieczką jest zamroczenie alkoholowe" (E. M. Jellinek 1987, s. 5). W konsekwencji E. M. Jellinek uważa, że to utrata kontroli stanowi warunek choroby alkoholowej i wynika z procesu, „który nakłada się na psychologicznie nieprawidłową sytuację, objawiającą się nadmiernym piciem" (E. M. Jellinek 1987, s. 5). Autor ten, plasując utratę kontroli w spectrum swoich rozważań nad alkoholizmem, ustanowił ją kryterium podziału wyznaczającym granicę uzależnienia w wystosowanych przez siebie stadiach, empirycznie potwierdzonych analizą ponad dwóch tysięcy historii picia nałogowych alkoholików (mężczyzn). E. M. Jellinek podkreśla różnicę w przebiegu tych stadiów u kobiet i u mężczyzn. Jak podkreśla, u alkoholiczek nie są one tak wyraźnie wyodrębnione, jak u płci przeciwnej, a sam rozwój procesu jest szybszy (E. M. Jellinek 1987, s. 5).

Wpływ alkoholu na psychikę jednostki ma biochemiczny charakter i odbywa się za pośrednictwem fizjologicznych procesów. **Wynikają z tego szczególne konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale przede wszystkim emocjonalne**. Nie od dziś bowiem wiadomo, że, jak podają Jerzy Mellibruda i Zofia Sobolewska-Mellibruda, „zmiana stanów emocjonalnych stanowi jeden z podstawowych powodów konsumpcji alkoholu" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 82). Długotrwała intoksykacja chemiczna przyczynia się do powstania w sferze emocjonalnej wspomnianych już mechanizmów uzależnienia[18], które podtrzymują trwanie choroby i utrudniają podjęcie przez alkoholika leczenia oraz sprawowania kontroli nad piciem (E. Szcześniak 2011, s. 283; J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 82).

W **stadium przedalkoholowym**[19] konsumpcja alkoholu przez jednostkę jest zawsze umotywowana społecznie, niezależnie od tego, czy do końca życia będzie piła w sposób umiarkowany, czy uzależni się od omawianej substancji psychoaktywnej. Przyszły alkoholik po wypiciu określonej dawki alkoholu odczuwa unikatowy rodzaj ulgi psychicznej, którego nie potrafi doświadczyć, realizując inne aktywności, które nie są bezpośrednio związane ze spożywaniem alkoholu. W początkowym etapie jednostka utożsamia poprawę stanu

[18] Jak pisze Jerzy Mellibruda, mechanizmy uzależnienia „stanowią podstawowe przyczyny patologicznego picia u osób uzależnionych oraz załamywania się prób powstrzymywania się od picia. Są aktywizowane przez negatywne stany emocjonalne i doświadczenia związane ze stresem oraz przez specyficzne okoliczności zewnętrzne" (J. Mellibruda 1997, s. 280).

[19] Zdaję sobie sprawę, że Jerzy Mellibruda, pisząc o mechanizmach uzależnienia, miał na myśli te, które aktywizują się u jednostki uzależnionej od alkoholu, a dwa pierwsze stadia nałogu alkoholowego (stadium przedalkoholowe oraz stadium wstępne) nie odnoszą się do jednostki uzależnionej od alkoholu- wg Jellinkowskiej koncepcji nałogu alkoholowego, są to stadia mające charakter objawowy (M. Jędrzejko, A. Kowalewska 2009, s. 46). Należałoby jednak zwrócić uwagę na podobieństwa, jakie istnieją pomiędzy specyfiką poszczególnych stadiów a mechanizmami uzależnienia wystosowanymi przez Jerzego Mellibrudę.

emocjonalnego z konkretnymi sytuacjami, którym towarzyszy konsumpcja alkoholu, dopiero z biegiem czasu uświadamia sobie korelację wynikającą bezpośrednio z samej intoksykacji chemicznej (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 72). Organizm jednostki wykazuje coraz mniejszą odporność na doświadczane napięcia natury psychicznej przy rosnącej tolerancji na alkohol. Wszelkie trudności, które napotyka przyszły alkoholik na swej drodze, zostają neutralizowane za pośrednictwem środków psychoaktywnych. Pod koniec tej fazy, gdy doszło do zatrucia organizmu (ośrodkowego układu nerwowego), zaczynają występować pierwsze amnezje (M. Jędrzejko, A. Kowalewska 2009, s. 46; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 73). W konsekwencji, dana osoba stopniowo traci zdolność stosowania konstruktywnych metod rozwiązywania problemów, których doświadcza.

W stadium tym dochodzi do kształtowania się **mechanizmu nałogowej regulacji emocji**, który jest jednym z podstawowych mechanizmów uzależnienia. Stanowi on pochodną podejmowania długotrwałych prób regulowania własnego stanu emocjonalnego za pomocą alkoholu w celu uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego (alkohol jest substancją, która tłumi, hamuje oraz uśmierza ze względu na jego neurochemiczny wpływ na organizm jednostki). Mechanizm ten „tworzy silne pragnienia alkoholowe i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata i realiów życia" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 115). Jerzy Mellibruda oraz Zofia Sobolewska-Mellibruda wskazują na dziesięć zjawisk, które go charakteryzują. Wszystkie one oscylują wokół specyfiki korelacji występowania określonych stanów emocjonalnych i podejmowania próby ich regulacji za pomocą alkoholu. W związku z tym mechanizm nałogowego regulowania emocji tłumaczy pojawianie się silnych i częstych pragnień alkoholowych oraz subiektywne odczucie jednostki o konieczności ich zaspokajania. Oprócz tego wskazuje na rozluźnianie związku pomiędzy określonymi stanami emocjonalnymi a realiami, w których osoba funkcjonuje (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 118).

Mówi się o czterech etapach powstawania niniejszego mechanizmu:

1. jednostka odkrywa, że konsumpcja alkoholu wywołuje u niej pozytywny bilans emocjonalny;
2. alkohol staje się podłożem przyjemnych doznań;
3. konsekwencje wynikające z intoksykacji chemicznej prowadzą do nieprzyjemnych doznań (np. cierpienia);
4. konsumpcja alkoholu w celu doznania ulgi psychicznej (http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=342).

W konsekwencji powyższych etapów następuje cyrkularność zachowań osoby uzależnionej. Stąd trafnym zdaje się być sformułowanie „pułapka uzależnienia" (http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=342), które wskazuje na cykl mechanicznych zachowań osoby uzależnionej, które zwrotnie na siebie oddziałują i potęgują swoje działanie (jednostka, chcąc uzyskać pozytywny bilans emocjonalny, spożywa alkohol, doświadcza określonych konsekwencji społecznych wynikających z intoksykacji, w rezultacie jej bilans emocjonalny zostaje obniżony, więc ponownie próbuje go unormować, dokonując intoksykacji chemicznej).

Tak utrzymująca się dłużej intoksykacja chemiczna powoduje pojawienie się palimpsestów alkoholowych[20], które stanowią, według Elvina Mortona Jellinka, początek **stadium wstępnego (prodromalnego)**. Charakteryzuje się ono potajemnym piciem, ciągłym myśleniem o alkoholu, piciem łapczywym oraz zachłannym, postępującym poczuciem winy i występującymi wyrzutami sumienia oraz unikaniem w gronie najbliższych osób wszelkich rozmów związanych z alkoholem. W związku z tym, że jednostka nie jest do końca świadoma własnego problemu wynikającego z nadmiernej intoksykacji chemicznej, zaczyna ukrywać swoją konsumpcję alkoholu (np. podczas przyjęć wychodzi, by w ukryciu wypić więcej niż przy pozostałych członkach uroczystości) (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 73-74). Jak podaje E. M. Jellinek, „w tym stadium możliwe jest przerwanie rodzącego się uzależnienia (nałogu) alkoholowego, ponieważ racjonalizacje nowych zachowań związanych z piciem nie są jeszcze utrwalone i istnieje pewien wgląd oraz strach przed grożącymi konsekwencjami" (E. M. Jellinek 1987, s. 11).

Przyglądając się funkcjonowaniu osoby potencjalnie zagrożonej uzależnieniem od alkoholu[21], będącej w stadium wstępnym, zauważa się istotność percepcji przez nią otaczającej ją rzeczywistości. Wcześniejsze stadium głównie opierało się na regulowaniu sfery emocjonalnej przez uzależnionego i jego motywacja do picia także w kolejnym stadium - stadium wstępnym raczej się nie zmienia. Jednak charakteryzując stadium wstępne istotniejsze do opisania stają się funkcje poznawcze, percepcja rzeczywistości przez jednostkę oraz występujących u niej zniekształceń poznawczych będących konksenwekcją uszkodzonej zdolności osądu i spostrzegania. Do najbardziej widocznych form zniekształceń zalicza się:

[20] Palimpsesty alkoholowe sprawiają, że jednostka wykazuje stany niepamięci wykonywanych czynności, sytuacji po spożyciu nawet niewielkiej ilości alkoholu. Pojawiają się one pomimo tego, że jednostka nie straciła przytomności po intoksykacji chemicznej (K. Dudek 2011, s. 19; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 73).

[21] W stadium przedalkoholowym oraz stadium wstępnym nie mówi się jeszcze o uzależnieniu jednostki od alkoholu.

a) **proste zaprzeczanie -** usilne tkwienie w przekonaniu, że coś nie istnieje, mimo że jest inaczej; przykładem może być ustawiczne przekonanie, że nie ma się problemu z alkoholem, mimo ewidentnych dowodów, że jest inaczej (J. Mellibruda 1997, s. 290);
b) **minimalizowanie -** jednostka przyznaje się do problemów związanych z alkoholem, ale robi to w taki sposób, że nie wydają się one tak poważne, jakimi są w rzeczywistości (J. Mellibruda 1997, s. 290);
c) **obwinianie** - zrzucanie odpowiedzialności za własne czyny na inne osoby (J. Mellibruda 1997, s. 290);
d) **racjonalizowanie** - jego spectrum tkwi w nieadekwatnym wyjaśnianiu przyczyn zachowania (J. Kozielecki 2000, s. 122); jest ono szczególnie silnie i intensywnie uruchamiane w stadium ostrym (E. M. Jellinek 1987, s. 13);
e) **intelektualizowanie -** traktowanie własnych problemów alkoholowych w sposób abstrakcyjny, za pomocą uogólnień, analizy teoretycznej oraz intelektualnych spekulacji (J. Mellibruda 1997, s. 291);
f) **odwracanie uwagi -** zmienianie tematu rozmowy w taki sposób, by nie dotyczyła ona kwestii związanych z problemem alkoholowym (J. Mellibruda 1997, s. 291);
g) **fantazjowanie** - budowanie wyobrażeń odnoszących się do nierealistycznych czynów, wydarzeń oraz sytuacji (J. Mellibruda 1997, s. 291);
h) **koloryzowanie wspomnień -** zniekształcanie minionych wspomnień dla aktualnych potrzeb wiążących się z podtrzymaniem dalszej intoksykacji chemicznej (J. Mellibruda 1997, s. 291);
i) **marzeniowe planowanie -** kreowanie naiwnych wizji odnoszących się do własnych działań oraz sytuacji, które są potrzebne, by rozwiązać konkretne życiowe problemy; w konsekwencji osoba uzależniona poprzestaje na przeżywaniu pozytywnych doznań wynikających z tych marzeń (J. Mellibruda 1997, s. 291).

Opisane wyżej formy zniekształceń tworzone są przez **mechanizm iluzji i zaprzeczania.** Nabierają one szczególnego znaczenia w stadium wstępnym, a zwłaszcza w stadium ostrym, w którym dość intensywnie zaznacza się ich rola. Jak pisze Jerzy Mellibruda o mechanizmie iluzji i zaprzeczania: „w bardzo wczesnych stadiach nie jest jeszcze tak potężny i, przy pewnym wsparciu z zewnątrz, osoba zainteresowana może jeszcze dostrzegać swe problemy w sposób realistyczny" (J. Mellibruda 1997, s. 291). Jednak wraz z rozwojem choroby alkoholowej zniekształcenia umysłu stają się bardziej dogłębne i utrwalane, stąd pomoc alkoholikowi staje się zadaniem coraz trudniejszym (J. Mellibruda 1997, s. 291).

Działanie omawianego mechanizmu polega na podporządkowywaniu pracy umysłu alkoholika jego pragnieniom alkoholowym, w konsekwencji powodując u niego dezorientację, która uniemożliwia szukanie konstruktywnych rozwiązań. Mechanizm ten zostaje wytworzony na bazie niepokoju wywołanego bezradnością uzależnionego oraz cierpienia doświadczanego aktualnie lub w przyszłości (wynikające z długotrwałej intoksykacji chemicznej). Upośledza równocześnie funkcje myślenia racjonalno-logicznego, a aktywizuje u niej myślenie magiczno-życzeniowe i tym samym upośledza funkcje poznawcze umysłu (E. Szcześniak 2011, s. 286; J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 115). Utrudnione zostaje dostrzeżenie szkód związanych z długotrwałą intoksykacją chemiczną oraz ich źródeł. Aktywizuje się w momencie nasilania się u alkoholika potrzeby uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych celem uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego. Podtrzymuje on również złudzenia uzależnionego dotyczące własnej wartości. Szczególną rolę przypisuje się tutaj fantazjom oraz wyobrażeniom odnoszącym się do sprawczości jednostki względem alkoholu i jej możliwości kontrolowania intoksykacji chemicznej. Mechanizm iluzji i zaprzeczania, wraz z mechanizmem nałogowej regulacji emocji, powodują patologiczne pragnienie alkoholu, jak również upośledzenie czynności poznawczych (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 120- 121).

Jak podkreśliłam wyżej, mechanizm ten zaczyna się tworzyć już w stadium wstępnym, jednak szczególnego znaczenia nabiera w **stadium ostrym**, które charakteryzuje początek utraty kontroli przez osobę nad konsumpcją alkoholu, a w konsekwencji, za E. M. Jellinkiem, wskazuje na początek choroby alkoholowej. Utrata kontroli, będąc głównym wyznacznikiem wystąpienia nałogu alkoholowego, została w tym stadium scharakteryzowana jako zjawisko, które uniemożliwia jednostce kontrolę nad ilością spożywanego alkoholu (po rozpoczęciu intoksykacji), jednak jeszcze nie zaburza jego systemu decyzyjnego w kwestii: pić czy nie pić oraz w jakich okolicznościach to robić. Charakterystycznym dla omawianego stadium jest szczególne uwydatnienie się mechanizmu racjonalizacji, którego celem jest podtrzymanie u alkoholika własnego „alibi". Początkowo taki sposób myślenia jest potrzebny jedynie samemu uzależnionemu, dopiero z biegiem czasu okazuje się, że musi on stosować go także wobec bliskich sobie osób (E. M. Jellinek 1987, s. 12- 13).

Wśród kolejnych zjawisk charakteryzujących to stadium E. M. Jellinek wymienia również: zachowania wielkościowe kompensujące powolną utratę szacunku uzależnionego do samego siebie; wyraźne zachowania agresywne; stałe wyrzuty sumienia; dokonywanie okresowej abstynencji bądź/i zmienianie sposobu picia, czyli na przykład wyznaczanie określonych pór intoksykacji chemicznej bądź spożywanie alkoholu jedynie w określonych

miejscach itp.; izolowanie się od przyjaciół, bliskich oraz znajomych; wzmagająca się koncentracja na alkoholu; reinterpretacja relacji z ludźmi oraz utrata zainteresowania światem zewnętrznym; występowanie nieadekwatnych pretensji; niewłaściwe odżywianie; obniżenie libido; zazdrość na tle alkoholizmu; regularna poranna intoksykacja chemiczna, która stanowi finalizację stadium ostrego (E. M. Jellinek 1987, s. 12-16).

W konsekwencji stanu psychofizycznego, w jakim znajduje się osoba uzależniona od alkoholu i patologicznego przebiegu procesów rozwijających się w centrum jej osobowości, dochodzi do „utrwalonego zaburzenia regulacji psychicznej w systemie Ja, który poważnie ogranicza zdolność do podejmowania i realizowania racjonalnych decyzji dotyczących kontrolowania zachowań związanych z zaspokajaniem pragnień alkoholowych" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda 2006, s. 121). **Mechanizm rozpraszania i rozdwajania Ja** - ponieważ tak określony został ten stan - koncentruje się na formacji psychologicznej, którą określa się takimi terminami, jak między innymi: „self", „ego", „jaźń", struktura Ja", „system Ja". Konkretniej chodzi o element osobowości, który często określany jest jako „złożona i dynamiczna struktura poznawcza zajmująca centralne miejsce w osobowości, odgrywając główną rolę w regulacji rozmaitych procesów psychicznych, poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych i behawioralnych" (H. Suszek 2007, s. 7). Istotność systemu polega również na tym, że stanowi on podstawę samoświadomości jednostki oraz jej poczucia tożsamości, a w konsekwencji długotrwałej intoksykacji chemicznej u jednostki uzależnionej dochodzi do zmian w stopniu spójności oraz integracji Ja, wartościowania Ja oraz w dysponowaniu wpływem i sprawowaniu kontroli (J. Mellibruda 1997, s. 294).

Długotrwała intoksykacja chemiczna powoduje rozpraszanie granic Ja. Stają się one mniej zwarte i wyraźne. W płaszczyźnie behawioralnej jednostka odczuwa stan odprężenia, a w płaszczyźnie psychicznej ma poczucie tak zwanego „odlotu", czyli stanu przypominającego odrealnienie (np. dochodzi do zniekształcenia percepcji pojawiających się problemów). Taki stan nierzadko motywuje jednostki nieuzależnione do picia. Częste jego doświadczanie stanowi poważne zagrożenie dla stabilności, zawartości struktury Ja oraz jej granic. Na podkreślenie zasługuje fakt, że już same oczekiwania jednostki wobec stanu, jaki chce przeżywać po dokonaniu intoksykacji chemicznej, może wpływać na dezintegrację oraz rozproszenie struktury Ja. W konsekwencji dana osoba traci zdolność do podejmowania racjonalnych działań, zwłaszcza w sytuacjach, w których przeżywa silne pragnienie alkoholowe (J. Mellibruda 1997, s. 294).

W powstawaniu mechanizmu rozpraszania i rozdwajania Ja istotną rolę przypisuje się między innymi oczekiwaniom względem wpływu alkoholu na funkcjonowanie psychofizyczne

jednostki, która nie potrafi bądź nie posiada zasobów niezbędnych do radzenia sobie ze stresem[22] w sposób konstruktywny. Odpowiada to tak zwanej **osobowości przednałogowej** (J. Karpowicz 2003, s. 49- 50). Opisując jednostkę o takiej osobowości akcentuje się znaczenie wczesnych doświadczeń dziecięcych, a zwłaszcza przeżytych traum, które rzutują na wykształcenie się u niej takich cech charakterologicznych oraz odczuwanych stanów jak: niska samoocena, odczuwany brak poczucia bezpieczeństwa, żal, złość, poczucie krzywdy, słaby wgląd we własne stany emocjonalne a w konsekwencji trudności z ich opanowywaniem i kontrolą (A. Kościan 2011, s. 7)[23].

Odwołując się ponownie do charakterystyki mechanizmu rozpraszania i rozdwajania Ja, należy nadmienić, że wskutek doświadczania intensywnych przeżyć w czasie konsumpcji alkoholu, dochodzi do rosnącej polaryzacji dwóch typów doświadczeń jednostki[24]: tych związanych ze stanami po intoksykacji chemicznej i tych przed konsumpcją alkoholu. W konsekwencji doświadczenia wynikające z obydwu stanów wpisują się na stałe w system Ja, jednak nie tworzą zorganizowanej całości. Prowadzi to do powstania intensywnie spolaryzowanych subsystemów znajdujących się w obrębie Ja (J. Mellibruda 1997, s. 294).

Kolejnym istotnym aspektem struktury Ja jest wartościowanie swojej osoby – samoocena czy też poczucie własnej wartości. Samoocena definiowana jest przez większość badaczy jako „afektywna reakcja na samego siebie i ma dwoistą naturę procesu i cechy" (B. Wojciszke 2011, s. 175). Bogdan Wojciszke wskazuje przy tym na własność cechy jako komponentu samooceny, które jest trwałym ustosunkowaniem się danej osoby wobec samej

[22] Interesującego odwołania do problematyki stresu w zawodzie a problemowej konsumpcji alkoholu dokonali Jerzy T. Marcinkowski oraz Barbara Olejniczak w artykule zatytułowanym: „*O próbach rozwiązania problemów uzależnień w zawodach medycznych*". Autorzy wskazują, że istnieją zawody, których wykonywanie wiąże się z dużym ryzykiem, a w konsekwencji pracownicy je wykonujący narażeni są na wyższy poziom stresu. W rezultacie doświadczanego długotrwałego stresu, częściej zdarza się u tych osób picie w sposób ryzykowny bądź problemowy (J. T. Marcinkowski, B. Olejniczak 2006, s. 139). Jörg Fengler uważa, że jednostki, które pomagają innym osobom w sposób zawodowy, są szczególnie zagrożone oraz obciążone samobójstwem, nałogami i chorobami (J. Fengler 2000, s. 87-88). Wiąże się to z trzecim stadium ogólnego zespołu adaptacyjnego wobec sytuacji stresowej doświadczanej przez jednostkę. W wyniku długotrwałego działania stresora może dojść do rozregulowania funkcji fizjologicznych oraz spadku zdolności obronnych organizmu, a „pojawiające się choroby, zwane chorobami adaptacji, są więc wynikiem wyczerpania się sił obronnych organizmu na skutek walki ze stresem" (N. Ogińska- Bulik, Z. Juczyński 2010, s. 47).

[23] Aspekt potencjalnych uwarunkowań choroby alkoholowej jest niezwykle szeroki, złożony i został szerzej poruszony w wielu publikacjach naukowych. Mówi się zarówno o koncepcjach uwzględniających biologiczne podłoże uzależnienia, jak również te odnoszące się do nurtu psychodynamicznego, koncepcji behawioralno-poznawczej czy społecznej. Można również znaleźć indywidualne koncepcje poszczególnych autorów, takich jak między innymi Gaetano Di Chiary czy Richarda L. Solomona, Georga F. Kooba wraz ze współpracownikami (M. Jędrzejko, A. Neroj, K. A. Wojcieszek, A. Kowalewska 2009, s. 59- 113). Uwzględniając, że choroba alkoholowa nie stanowi spectrum rozważań niniejszej pracy, wspomniane koncepcje oraz teorie nie zostaną tutaj przedstawione.

[24] Pokusiłabym się o stwierdzenie, że alkoholik doświadcza trzech różnych stanów: przed intoksykacją chemiczną, w trakcie intoksykacji chemicznej oraz po intoksykacji chemicznej - niniejsza teza zostanie gruntowniej opisana w dalszej części pracy.

siebie - niektórzy mogą mieć negatywne, inni pozytywne. Z drugiej jednak strony samoocena jest „procesem bieżącego wartościowania własnej osoby ukierunkowanym na cel, jaki stanowi pozytywny wniosek na własny temat" (B. Wojciszke 2011, s. 175). Na wykształcenie się takiej, a nie innej samooceny, ma wpływ wiele czynników. Wymienia się między innymi uwarunkowania genetyczne, określone cechy osobowości, osiągane przez jednostkę rezultaty jej działań oraz to, co myślą o nas inni ludzie, szczególnie osoby znaczące w naszym życiu (B. Wojciszke 2011, s. 176- 178).

Jerzy Mellibruda pisze, że niskie poczucie własnej wartości u osób uzależnionych koreluje z negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z nadmiernej intoksykacji chemicznej. W konsekwencji negatywnych komunikatów zwrotnych ze środowiska zewnętrznego alkoholik, nie potrafiąc poradzić sobie w inny sposób z przeżywanymi nieprzyjemnymi emocjami, doprowadza do upicia się. W czasie upojenia alkoholowego osoba uzależniona przeżywa naprzemiennie wizje własnej osoby w pozytywnym świetle wraz z uczuciem niesprawiedliwości i skrzywdzenia z powodu niesprawiedliwych (wg uzależnionego) ocen ze strony środowiska zewnętrznego (J. Mellibruda 1997, s. 294-295). Odwołując się do problematyki poczucia własnej wartości, z jednej strony jest ono poddawane modyfikacjom w wyniku działania mechanizmu dezintegracji i rozpraszania Ja u osoby uzależnionej, z drugiej strony u jednostki nieuzależnionej może stać się jednym z powodów intoksykacji chemicznej. Należałoby przy tym wspomnieć o koncepcji Ronalda A. Steffenhagena, który wystosował własną teorię wyjaśniającą przyczyny sięgania po alkohol, według której ścisłą korelatą takiego zachowania jest niska samoocena jednostki (R. A. Steffenhagen 1974, s. 238). Badania przeprowadzone przez Kent E. Glindemann, Scott E. Geller oraz Jason N. Fortney na czterdziestu czterech studentach: dwudziestu dziewięciu mężczyznach i piętnastu kobietach, potwierdziły taką zależność. Po przeprowadzonym badaniu (poprzedzonym wystosowanym kwestionariuszem mierzącym stopień poczucia własnej wartości u osób partycypujących w eksperymencie) okazało się, że osoby o niższym poczuciu własnej wartości miały wyższy poziom alkoholu we krwi po badaniu aniżeli te o wysokim poczuciu własnej wartości (K. E. Glindemann, S. E. Geller, J. N. Fortney 1999, s. 64-71). Wynika z tego, że niska samoocena może być jednym z czynników doprowadzających daną osobę do uzależnienia (niska samoocena powiązana z niższą zdolnością radzenia sobie z sytuacjami problemowymi). Z drugiej jednak strony może już u osoby uzależnionej pogłębiać jej problem (np. brak wiary we własne siły i sprawczość).

W konsekwencji zestawienia zjawisk: tworzenia się zdezintegrowanych subsystemów Ja oraz biegunowego wartościowania samego siebie u alkoholika, w strukturze Ja

uzależnionego dochodzi do intensywnego napięcia między dwiema skrajnymi wersjami własnej osoby: skrajnie pozytywną oraz skrajnie negatywną, co w konsekwencji prowadzi do „głębokiego rozszczepienia wartościujących aspektów tożsamości" (J. Mellibruda 1997, s. 295).

Ostatni opisywany przez Jerzego Mellibrudę aspekt Ja związany jest z poczuciem sprawczości i kontroli, przeświadczeniem o dysponowaniu „jakąś mocą", dzięki której uzależniony jest w stanie panować nad tym, co się z nim dzieje. Przekonanie to jest jedynie iluzoryczne, ponieważ osoba patologicznie pijąca usilnie koncentruje się na modyfikacji własnych stanów psychicznych, uzyskaniu kontroli nad przeżywanymi stanami emocjonalnymi za pomocą alkoholu. Z kolei u osoby zdrowej (nieuzależnionej od alkoholu) poczucie Ja „pozostaje w istotnym związku z doświadczeniem możliwości działania, osiągania jakichś celów, wywierania wpływu na własną sytuację lub na innych ludzi itd." (J. Mellibruda 1997, s. 295). W konsekwencji zażywania jakichkolwiek środków psychoaktywnych, rośnie przeświadczenie jednostki o jej sprawczości i możliwości kontroli nad sferą emocjonalną i możliwością, przynajmniej chwilowego, uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych. Jednak w miarę przechodzenia kolejnych stadiów rozwoju nałogu alkoholowego, osoba doświadcza coraz częściej negatywnych konsekwencji intoksykacji chemicznej, a jej realny wpływ na sytuację, w jakiej się znajduje, znacznie ulega umniejszeniu (J. Mellibruda 1997, s. 295). Powstaje zamknięte koło, w którym wyraźnie dostrzega się cyrkularność zachowań osoby uzależnionej: powstaje napięcie, z którym nie może sobie poradzić w inny sposób niż za pomocą alkoholu- po intoksykacji chemicznej odczuwa chwilową ulgę, równocześnie konsekwencje, jakie z tego wynikają (np. upomnienie pracodawcy ze względu na nieobecność w pracy, kłótnia z żoną itp.), ponownie potęgują stan przygnębienia, który w rezultacie może zostać uśmierzony, według alkoholika, jedynie za pomocą znanej mu substancji psychoaktywnej.

W konsekwencji powyższego, według Jerzego Mellibrudy, w strukturze Ja powstają dwa biegunowe systemy - jeden z nich czuje sprawczość i nieograniczony wpływ na własne postępowanie, z kolei drugi koncentruje się na bezsilności, załamaniu, smutku. Alkoholik, funkcjonując w dwóch tak różnych i skrajnych stanach, ma trudność w doprecyzowaniu tego, kim jest. Nie znając odpowiedzi na tak elementarne pytanie, trudno być konsekwentnym w swoich decyzjach oraz odpowiedzialnym (J. Mellibruda 1997, s. 296).

Każda jednak osoba chce mieć wpływ na swoje życie oraz zachować równowagę w kontekście przeżywanych stanów emocjonalnych. W związku z tym, alkoholik próbuje pokonać ukształtowane w nim dwa przeciwstawne bieguny własnej tożsamości za pomocą

prowokowania wystąpienia skrajności stanu psychicznego, w jakim obecnie się znajduje. Może przy tym próbować zaimponować innym osobom mówiąc: „tyle złego, które ja wyrządziłem swojej partnerce, nikt inny by nie wyrządził" lub „jestem najlepszy w upadaniu na samo dno". „Te próby magiczne przekształcenia zła w dobro lub bezsilności w potęgę są dobrą ilustracją działania potężnego mechanizmu psychologicznego, odgrywającego istotną rolę w dynamice uzależnienia, który nazywamy dalej >>systemem dumy i kontroli<<" (J. Mellibruda 1997, s. 296).

Odwołując się do mechanizmu dezintegracji i rozproszenia Ja, należy wspomnieć o koncepcji Wiktoria Osiatyńskiego, który, charakteryzując dwa stany funkcjonowania osoby uzależnionej- przed intoksykacją chemiczną oraz będącą w stanie upojenia alkoholowego, analogicznie dokonał odniesienia do charakterystyki doktora Jekyll'a i pana Hyde. W swojej książce zatytułowanej: „*Alkoholizm, i grzech, i choroba, i…*", szczegółowo opisuje specyfikę funkcjonowania osoby we wspomnianych dwóch stanach. Wskazuje, że w jednej osobie istnieją dwie różne osobowości: doktor Jekyll i pan Hyde, które różnią się pod względem formy funkcjonowania, co spowodowane jest działaniem alkoholu na organizm. Warto podkreślić, że w przypadku osoby uzależnionej od alkoholu, osoby postronne, będące z nią w interakcji, dostrzegają wyraźnie dwoistość jej natury, z kolei ona sama nie jest tego w pełni świadoma, bowiem „alkoholowy doktor Jekyll robi wszystko, żeby jak najmniej wiedzieć o prawdziwym obliczu pana Hyde'a" (W. Osiatyński 2007, s. 9).

Wiktor Osiatyński w swojej książce pisał o dwóch skrajnych osobowościach osoby uzależnionej od alkoholu, przypisując im dwa skrajne stany funkcjonowania: trzeźwości oraz pod wpływem alkoholu. Z kolei Jerzy Mellibruda nie doprecyzowuje jednoznacznie, o jakie stany chodzi. W swoim artykule zatytułowanym „*Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*" wskazuje, że „intensywne przeżycia związane z zażywaniem alkoholu prowadzą do rosnącej polaryzacji dwóch typów doświadczeń osobistych, związanych ze stanem trzeźwości i stanem po wypiciu" (J. Mellibruda 1997, s. 294). Autor ten w dalszej części swojej publikacji oraz książce zatytułowanej „*Integracyjna psychoterapia uzależnień*" wraz z Zofią Sobolewską-Mellibruda wskazuje na istotność stanu psychicznego, w jakim uzależniony się znajduje w trakcie intoksykacji psychicznej, a który równocześnie w znacznym stopniu doprowadza do polaryzacji obrazu własnego Ja i jego dezintegracji (J. Mellibruda, Z. Sobolewska- Mellibruda 2006, s. 105-108). W rezultacie należałoby poddać refleksji pytanie, ile istnieje subsystemów Ja alkoholika? Osoba uzależniona od alkoholu funkcjonuje w trzech płaszczyznach: trzeźwości - przed intoksykacją, podczas nietrzeźwości – w trakcie intoksykacji chemicznej oraz w trakcie trzeźwienia- po intoksykacji chemicznej. Wszystkie te stany są różne i powodują inne przeżycia

u jednostki doświadczającej ich. W konsekwencji, odwołując się do wystosowanych tez powyższych autorów, można wskazać, że na dezintegrację Ja wpływ mają stany jednostki zarówno przed intoksykacją, w trakcie jej trwania oraz po intoksykacji chemicznej. Można zatem postawić hipotezę, że w ramach struktury Ja istnieją trzy, a nie jedynie dwa subsystemy Ja.

Niezależnie jednak od tego, ile subsystemów Ja istnieje w strukturze Ja osoby uzależnionej od alkoholu, wszystkie powyższe mechanizmy uzależnienia podtrzymują trwanie choroby alkoholowej uzależnionego i w znacznym stopniu utrudniają jej podjęcie leczenia. Często doprowadza to do przejścia przez uzależnionego do ostatniej wystosowanej przez Elvina Mortona Jellinka rozwoju nałogu alkoholowego - **fazy chronicznej**, nazywanej też przewlekłą.

W omawianym stadium konsumpcja alkoholu staje się niemal permanentna- osoba chora dokonuje intoksykacji chemicznej kilkakrotnie w ciągu dnia za każdym razem doprowadzając się do stanu upojenia alkoholowego. Charakterystycznym dla tej fazy jest poranne picie, picie w samotności, spożywanie alkoholi niekonsumpcyjnych, spadek tolerancji na alkohol, kradzieże celem zdobycia alkoholu, padaczka alkoholowa oraz psychozy alkoholowe, jak również poważne choroby somatyczne (E. M. Jellinek 1987, s. 16-17). Ten utrzymujący się stan, jeśli osoba uzależniona nie zdecyduje się na podjęcie leczenia, najczęściej doprowadza do jej śmierci.

Wyżej wystosowane stadia choroby alkoholowej oraz mechanizmy uzależnienia wskazują, jak intensywne zmiany oraz w jakiej konstelacji, pojawiają się u osoby uzależnionej w trakcie rozwoju choroby alkoholowej. Ma ona trudności nie tylko w kontrolowaniu własnego stanu emocjonalnego, w decyzyjności, ale przede wszystkim dochodzi u niej do głębokich zmian w strukturze osobowości. W rezultacie alkoholik staje się osobą nieprzewidywalną, a jego zachowanie wyzwala czujność jednostek będących z nim w interakcji - zwłaszcza członków rodziny, którzy, chcąc załagodzić sytuację, nierzadko próbują dostosować sposób swojego funkcjonowania do funkcjonowania uzależnionego. Nie jest to łatwe, ponieważ w trakcie rozwoju i trwania choroby alkoholowej jednostka staje się nieobliczalna i trudnością staje się zweryfikowanie, co jest prawidłowe i normalne, a co nie jest. Oprócz konsekwencji rodzinnych, na jakie naraża się alkoholik, pojawiają się także, z dużą intensywnością, konsekwencje w sferze zawodowej czy zdrowotnej. Permanentna intoksykacja chemiczna nie pozostaje bez wpływu na zdrowie i stan organizmu jednostki. Prowadzi do powstania wielu chorób. Również w sferze zawodowej, nie będąc całkowicie trzeźwym bądź myśląc nieustannie o konsumpcji alkoholu, uzależniony wpada w kłopoty u pracodawcy. Wszystkie wymienione

konsekwencje korelują ze sobą, przysparzając alkoholikowi wiele trudności i tym samym często wzmagając jego intoksykację chemiczną.

1.3.2. Konsekwencje wynikające z przewlekłej intoksykacji chemicznej

Alkohol etylowy jest substancją ogólnie dostępną oraz najbardziej rozpowszechnioną substancją uzależniającą mającą właściwości psychoaktywne (Z. Madeja 2008, s. 256). Nie powinno więc dziwić, że niemal każdy w swoim życiu, co najmniej raz, miał z nią do czynienia, zwłaszcza w Polsce, w kraju, którego kultura i tradycja bogate są o wzmianki na temat konsumpcji alkoholu[25]. W rezultacie niemal każdy w sposób bezpośredni bądź pośredni, odczuwał skutki działania alkoholu na organizm, a w konsekwencji na jego funkcjonowanie w płaszczyźnie fizjologicznej, prywatnej (rodzinnej), zawodowej oraz psychologicznej.

1.3.2.1. Konsekwencje zdrowotne wynikające z uzależnienia[26]

Alkohol jest substancją psychoaktywną silnie wpływającą na zdrowie jednostki, stanowiąc przyczynę około sześćdziesięciu dolegliwości i chorób. Jak wskazuje raport z badań Instytutu Badań nad Alkoholem w Anglii opracowany przez Petera Andersona oraz Bena Baumberga, alkohol odpowiada za 7,4% przypadków przedwczesnych zgonów oraz złego stanu zdrowia jednostki w Unii Europejskiej oraz jest trzecim (zaraz po paleniu tytoniu oraz podwyższonym ciśnieniu tętniczym) wiodącym czynnikiem ryzyka powodującym aż 25% zgonów wśród mężczyzn będących pomiędzy piętnastym a dwudziestym dziewiątym rokiem życia (P. Anderson, B. Baumberg 2006, s. 9-10). Wśród osób, które piją w sposób szkodliwy dla zdrowia, dominują mężczyźni, a według Światowej Organizacji Zdrowia schorzenia, które

[25] Już od czasów piastowskich, jak pisze Bohdan T. Woronowicz, można mówić o „tradycyjnym pijaństwie", gdzie piwo traktowane było jako składnik codziennego użytku, a nie jako środek psychoaktywny, konkretniej - substancja uzależniająca. Stąd w XVI i XVII wieku w Polsce pojawił się problem pijaństwa (B. T. Woronowicz 2009, s. 47).

[26] Wpływ alkoholu na zdrowie jednostki oraz jej funkcjonowanie psychofizyczne od dawna był poddawany analizie zarówno przez badaczy z obszaru nauk społecznych, humanistycznych, jak również lekarzy. Stąd istnieje szereg publikacji poruszających dość szczegółowo niniejszą problematykę (M. J. Lewis 1998, s. 26-36; R. A. Harris, K. J. Buck 1998; P. Anderson, B. Baumberg 2006, s. 32-54). Celem niniejszej pracy nie jest jednak szczegółowe opisywanie wpływu alkoholu na funkcjonowanie fizjologiczne jednostki, ale ukazanie najistotniejszych kwestii zdrowotnych, które w konsekwencji wpływają także na funkcjonowanie uzależnionego w rodzinie.
W niniejszej pracy skupiono uwagę na negatywnych konsekwencjach zdrowotnych wynikających z długotrwałej intoksykacji chemicznej. Należy jednak wspomnieć, że umiarkowana konsumpcja alkoholu (1-2 drinki dziennie) „zawiera słabe działanie przeciwutleniaczowe, zapobiegając w pewnym stopniu szkodliwym efektom wolnych rodników tlenowych w organizmie" (C. K. Erickson 2010, s. 153). Istnieją przypuszczenia, jakoby niniejsze rodniki tlenowe odgrywały istotną rolę w rozwoju raka, chorób serca oraz innych schorzeń, które związane są z procesami starzenia się. Alkohol może także, upraszczając, zmieniać stosunek tzw. dobrego oraz złego cholesterolu we krwi i zmniejszyć ryzyko zawału serca (C. K. Erickson 2010, s. 153). Stąd o wystąpieniu chorób omawianych w niniejszej pracy można mówić w kontekście długotrwałej intoksykacji chemicznej (u jednostki uzależnionej od alkoholu, jednak nie tej, która pije w ilościach umiarkowanych).

wiążą się ze spożywaniem alkoholu, stanowią aż 10% wszystkich chorób (A. Szymczak, I. Niśkiewicz, I. Krela Kaźmierczak, K. Linke 2009, s. 222).

Statystyki te nie powinny dziwić ze względu na ogólną dostępność i relatywnie niską cenę omawianej substancji psychoaktywnej, której działanie, mimo szkodliwości dla zdrowia, ma także charakter gratyfikacyjny (M. J. Lewis, J. C. Lockmuller 1998, s. 34).

Zmiany fizyczne i somatyczne, które są konsekwencją długotrwałej intoksykacji chemicznej, mogą doprowadzić nie tylko do powstania wielu chorób, ale także do śmierci. Stąd nie bez przyczyny alkoholizm określa się chorobą, która nieleczona może spowodować zgon jednostki (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 38).

Empirycznie potwierdzone są związki pomiędzy długotrwałym spożywaniem alkoholu a wynikającymi z tego chorobami układów: dokrewnego oraz pokarmowego[27]. Należy przy tym wymienić przede wszystkim marskość wątroby, choroby sercowo-naczyniowe i choroby płuc, zaburzenia układu endokrynnego oraz funkcji seksualnych, choroba refluksowa przełyku, ostre (OZT) i przewlekłe (PZT) zapalenie trzustki. Są to tylko przykładowe choroby, które mogą, i często przytrafiają się osobom, które spożywają alkohol w sposób problemowy. Istnieje wiele danych, które wskazują na związek pomiędzy intensywną konsumpcją alkoholu a ryzykiem pojawienia się choroby nowotworowej (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 39-43; A. Szymczak, I. Niśkiewicz, I. Krela- Kaźmierczak, K. Linke 2009, s. 223-226).

Oprócz wtórnych konsekwencji zdrowotnych będących rezultatem długotrwałej intoksykacji chemicznej jednostki, należałoby także wspomnieć o tych, mających bezpośredni związek z uzależnieniem jednostki i będącymi fizjologicznymi objawami stanu abstynencyjnego. U uzależnionego można zaobserwować zespół abstynencyjny, który stwierdza się po wyraźnym odstawieniu przez jednostkę substancji psychoaktywnej po jej zażywaniu długotrwale i w dużych ilościach oraz, którego nie można uzasadnić występowaniem u osoby zaburzeń somatycznych, czy innych zaburzeń psychicznych bądź zachowania. Przy alkoholowym zespole abstynencyjnym diagnozuje się co najmniej trzy z następujących objawów behawioralnych (wg klasyfikacji ICD-10): pocenie się; drżenie języka, powiek oraz wyciągniętych rąk; mdłości, wymioty oraz nudności; tachykardia albo podwyższone ciśnienie tętnicze; bóle głowy; pobudzenie psychoruchowe; bezsenność; osłabienie lub złe samopoczucie; napady drgawkowe typu grand mal; przemijające omamy bądź iluzje wzrokowe, słuchowe lub dotykowe (ICD-10 2000, s. 63-64). U alkoholika można

[27] Wpływ alkoholu na układ pokarmowy jednostki w dużej mierze zależy od jej płci, typu alkoholu, sposobu spożywania alkoholu, czynników genetycznych i innych (A. Szymczak, I. Niśkiewicz, I. Krela- Kaźmierczak, K. Linke 2009, s. 223-224).

także rozpoznać zespół abstynencyjny z majaczeniem[28], który spełnia ogólne kryteria zespołu abstynencyjnego oraz majaczenia. W konsekwencji wyróżnia się zespół abstynencyjny z majaczeniem: bez drgawek i z drgawkami (ICD-10 2000, s. 66).

Oprócz konsekwencji stricte fizjologicznych, jakie wynikają z permanentnej konsumpcji alkoholu, należałoby także wspomnieć o korelujących z nią problemach psychicznych jednostek uzależnionych. Po długotrwałej intoksykacji chemicznej u alkoholika mogą pojawić się (często występują) psychozy, pseudooligofrenie (upośledzenia umysłowe), czy nawet manie prześladowcze (K. M. Wasilewska- Ostrowska 2014, s. 30). Jak wskazują badacze, u ponad połowy osób uzależnionych od alkoholu „co najmniej raz w życiu występuje zespół depresyjny o charakterze chorobowym, w którym wskazana lub niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna albo farmakologiczna, krótkotrwałe zaś reakcje depresyjne są zjawiskiem nader częstym, pojawiającym się wielokrotnie" (S. Pużyński 2002, s. 90). D. Daley, H. Moss oraz F. Campbell nadmieniają, że aż 20% do 40% osób uzależnionych od alkoholu wykazuje, na bazie kryteriów diagnostycznych, antysocjalne zaburzenie osobowości, z kolei od 2% do 15% cierpi na schizofrenię, 18%-33% przejawia zaburzenia lękowe, a aż 30% spełnia kryteria diagnostyczne depresji (D. Daley, H. Moss, F. Campbell 1987, s. 21-117). Jak wskazuje Stanisław Pużyński, u osób przewlekle używających alkoholu bardzo często pojawiają się krótkotrwałe reakcje depresyjne, a co najmniej raz w życiu występuje zespół depresyjny mający nasilenie chorobowe (S. Pużyński 1988, s. 259-260).

Uwzględniając powyższe informacje należy zwrócić uwagę na to, że osoba uzależniona od alkoholu funkcjonuje w różnych środowiskach. W konsekwencji oprócz indywidualnych problemów, zarówno psychologicznych, jak i zdrowotnych, musi także sprostać problemom w systemach społecznych, w których funkcjonuje, a które często są konsekwencją jej uzależnienia (np. utrata pracy, uszkodzenia ciała itp.).

Choroba, bądź choroby, które dotykają alkoholika, pełnią także pewne funkcje. Ich wystąpienie może być punktem zwrotnym w trwaniu choroby alkoholowej, bowiem powoduje dezorganizację życia członka rodziny[29], co nierzadko pociąga za sobą jej (rodziny)

[28] Majaczenie alkoholowe (MA), nazywane także delirium tremens, stanowi powikłanie alkoholowego zespołu abstynencyjnego i występuje u około 5% jednostek uzależnionych od alkoholu (A. Kokoszka, M. Laskowska, J. Mikuła 2011, s. 10).

[29] Należy podkreślić, że problem, jakim jest choroba uzależnionego i wynikające z tego konsekwencje, które ponosi cała rodzina, mogą zmotywować alkoholika do poddania się leczeniu. Odwołując się do modelu komunikacyjnego „objawy (psychiczne lub somatyczne) pełnią funkcję przekazu informacji" (P. Budzyna-Dawidowski 1999, s. 65). Jak dalej podaje Przemysław Budzyna-Dawidowski, w rodzinach zaburzonych objawy mogą zatrzymywać dalszy rozwój systemu rodzinnego, ponieważ za ich pośrednictwem utrzymywany jest *status quo* rodziny - homeostatyczna równowaga (P. Budzyna- Dawidowski 1999, s. 65). Stąd trwanie choroby alkoholowej nie zaburza równowagi homeostatycznej rodziny, jednak wystąpienie innej choroby już tak. System rodzinny musi wówczas przeorganizować sposób swojego funkcjonowania celem dostosowania się do nowych,

reorganizację. W konsekwencji może być determinantą zmian, które w systemie alkoholowym zajdą, bowiem rozpoczęcie walki z chorobą alkoholową zawsze naznaczone jest jakimś wydarzeniem, bądź całym wachlarzem zdarzeń, w konsekwencji których alkoholik zaczyna dostrzegać beznadziejność własnej sytuacji. Nierzadko koreluje to z utratą kogoś lub czegoś ważnego (E. Włodarczyk 2014, s. 102). Tym istotnym „czymś" może być dla jednostki także zdrowie.

Odwołując się do twierdzenia, wedle którego choroba alkoholowa jednostki jest chorobą całej rodziny, w której ta funkcjonuje, choroby, będące wypadkową uzależnienia jednego z członków systemu alkoholowego, nierzadko pociągają za sobą także zmiany w funkcjonowaniu całej rodziny. W konsekwencji ich ujemnego działania na zdrowie uzależnionego, mogą stać się determinantą zmian w jego funkcjonowaniu i przyczynić się do rozpoczęcia procesu zdrowienia.

1.3.2.2. Konsekwencje społeczne wynikające z uzależnienia

Osoby uzależnione od alkoholu funkcjonują w określonych systemach społecznych[30]. Spośród najważniejszych można wyróżnić system rodzinny, któremu poświęcony zostanie osobny rozdział w niniejszej pracy, zawodowy czy w środowisku lokalnym (sąsiedzi, znajomi). W każdym z nich alkoholik wchodzi w różnorakie interakcje międzyludzkie, które, między innymi ze względu na działanie alkoholu na organizm jednostki[31], mają własną specyfikę i nierzadko nacechowane są negatywnymi konsekwencjami. Wśród nich można wyróżnić bójki, stosowanie przemocy, wspomniane już szkody dla życia rodzinnego bądź w diadzie partnerskiej/małżeńskiej, towarzyskiego, kontaktów rówieśniczych, nauki i pracy (P.

panujących warunków. To przeorganizowanie funkcjonowania może motywować alkoholika do zaprzestania picia i poddania się leczeniu. Problematyka związana z rozumieniem funkcjonowania rodziny w ujęciu systemowym zostanie szerzej poruszona w dalszej części pracy.

[30] System społeczny, czyli struktura składająca się z osób wzajemnie na siebie oddziałujących, współistnieje w otoczeniu z innymi systemami, z którymi także wchodzi w interakcje. Pisząc dokładniej, wyróżniamy sub- oraz suprasystemy, a każdy system tworzy z innymi tzw. ekosystem (J. Drożdżowicz 1999, s. 12). Można przy tym także mówić o makro-, mezo- oraz mikrostrukturach społecznych, które stają się źródłem potencjalnych przemian zachodzących w rodzinie (R. Doniec 2001, s. 12). Najistotniejszym jednak jest fakt, że wszelkie systemy społeczne współistnieją ze sobą, a człowiek jest najczęściej członkiem wielu z nich, oddziałujących w różnoraki sposób na jego funkcjonowanie.

[31] Dopóki cała dawka spożytego alkoholu nie ulegnie matabolizmowi, dopóty będzie on docierał zarówno do mózgu, jak i do tkanek, powodując zmianę w ich funkcjonowaniu (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 22). Jednym z pierwszych skutków intoksykacji chemicznej są zmiany świadomości oraz czynności wyższych ośrodków centralnego układu nerwowego, które wiążą się z zaburzonym osądem, postrzeganiem, zahamowaniem kontroli woli, emocji itd. (Z. Madeja 2008, s. 256-257). Stąd najbardziej drastyczny i wymierny w skutkach jest wpływ alkoholu na mózg człowieka, który przyzwyczaja się do długotrwałego działania alkoholu i mimo że jednostka dokonuje niemal permanentnej intoksykacji chemicznej, jej organizm przyzwyczaja się do jego działania i funkcjonuje niemal normalnie (tolerancja alkoholowa - „oznacza potrzebę zwiększenia dawki danej substancji, aby osiągnąć taki efekt, jaki wcześniej wywoływała mniejsza dawka" [R. A. Harris, K. J. Buck 1998, s. 38]).

Anderson, B. Baumberg 2006, s. 26). By móc dokładniej oraz lepiej zrozumieć specyfikę funkcjonowania osoby uzależnionej w rodzinie, a tym samym funkcjonowanie całego systemu rodzinnego i pozostałych jego członków, istotnym jest holistyczne uwzględnienie funkcjonowania alkoholika w różnych płaszczyznach społecznych oraz konsekwencji wynikających z jego uzależnienia na życie prywatne oraz zawodowe.

1.3.2.3. Przemoc[32] a uzależnienienie od alkoholu

Przemoc, w kontekście alkoholizmu jednego z członków rodziny alkoholowej, może być rozpatrywana z różnych perspektyw. Z jednej strony sam problem uzależnienia od alkoholu jednostki może stać się przyczyną kłótni (np. pomiędzy małżonkami), a w konsekwencji zachowań przemocowych. Z drugiej strony działanie alkoholu na jednostkę może wyzwalać w niej taki rodzaj zachowań. Także osoby doświadczające przemocy (niekoniecznie będące uzależnione od alkoholu) mogą wypijać nadmierne ilości alkoholu w odpowiedzi na trudną sytuację, jaka ma miejsce w domu (http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/251-alkohol-przemoc-i-agresja.html). Stąd zjawisko przemocy współwystępujące z problemem alkoholowym jest bardzo złożone i nie należy go analizować jednoczynnikowo czy przyczynowo- skutkowo. Na potrzeby niniejszego opracowania zostanie dokonane odniesienie

[32] Istnieje wiele różnych definicji przemocy oraz agresji. Niektórzy stosują niniejsze terminy zamiennie, używając ich jako synonimy, niektórzy jednak dostrzegają i zaznaczają wyraźnie, że oba terminy różnią się między sobą. Dla przykładu, o przemocy, za Jerzym Mellibrudą, można mówić wówczas, gdy: sprawca wykazuje intencjonalność podejmowanych działań; narusza dobra lub prawa osobiste osoby doświadczającej przemocy; występuje osłabiona jej zdolność do samoobrony; powoduje u niej wystąpienie szkód osobistych (J. Mellibruda 1993, s. 4-6). Termin „agresja" definiowany jest przez Wincentego Okonia jako działanie, które zwrócone jest przeciw przedmiotom bądź ludziom, a które równocześnie wywołuje u jednostki niezadowolenie albo gniew. Celem zachowań agresywnych jest wyrządzenie szkody jednostce jej doświadczającej (W. Okoń 1981, s. 13). Podobnie twierdzi Wilhelmina Wosińska, która definiuje „agresję" jako „fizyczne lub werbalne zachowanie zorientowane intencjonalnie na uszkodzenie obiektu lub zranienie osoby. Wrogość jest aktem agresji motywowanej gniewem; zadanie szkody jest tu celem samym w sobie" (W. Wosińska 2004, s. 434). W niektórych opracowaniach bądź na stronach instytucji (http://www.niebieskalinia.info/index.php/przemoc-w-rodzinie/7-przemoc-a-agresja) różnicuje się agresję od przemocy, twierdząc, że w przypadku przemocy występuje nierównowaga sił pomiędzy sprawcą a jednostką doświadczającą zachowań przemocowych, z kolei w przypadku agresji te siły są wyrównane. Ponadto twierdzi się, że przemoc jest procesem, z kolei agresja jest zachowaniem oraz, że w przypadku agresji, celem jest zaszkodzenie ofierze, gdy w przypadku przemocy wywarcie na nią wpływu (E. Czemierowska- Koruba 2015, s. 5; I. Pospiszyl 1994, s. 11). Stąd w literaturze przedmiotu mówi się o swoistym rodzaju przemocy, przemocy w rodzinie, którą czasami bardzo trudno ocenić, czy istnieje bądź istniała równowaga sił pomiędzy jednostką stosującą a doświadczającą agresji lub przemocy. Jak słusznie zauważa Irena Pospiszyl, „chociaż intuicyjnie wyczuwa się różnicę między przemocą a agresją, to jednak kryteria tego podziału nie wydają się uzasadnione" (I. Pospiszyl 1994, s. 11). Dalej autorka przytacza szereg argumentów celem potwierdzenia swej tezy (I. Pospiszyl 1994, s. 11-16). Stąd w niniejszej pracy, mając świadomość, że obydwa terminy bywają różnie definiowane (czasami synonimicznie, czasami odmiennie) oraz, że trudno wystosować jasny i klarowny podział różnicujący je, będą one stosowane zamiennie z tym rozróżnieniem, że pisząc o przemocy w rodzinie, ma się na myśli cały wachlarz zachowań z uwzględnieniem złożonych procesów, które nierzadko mają postać odtwarzania traumatycznych wydarzeń dziecięcych, w konsekwencji składających się na cykle przemocy oraz która jest traktowana jako jeden z rodzajów agresji (D.G. Dutton 2001, s. 51-62; R. J. Crisp, R. N. Turner 2009, s. 239).

jedynie do problematyki jednostek uzależnionych, które stosują przemoc w rodzinie bądź zachowują się agresywnie wobec innych osób.

Donald G. Dutton wraz z A. Starzomskim, wystosowując własne kryteria charakteryzujące jednostkę o osobowości skłonnej do przemocy[33], w autorskich badaniach odnoszących się do wpływu zażywania narkotyków oraz/lub alkoholu wykazali, że agresywni mężczyźni najczęściej charakteryzowali się bardzo wysokim wskaźnikiem zażywania omawianych substancji psychoaktywnych. Autorzy sugerują potencjalne źródło zachowań agresywnych agresora, wskazując, że osoby te mają problemy w regulowaniu swoich stanów emocjonalnych, zwłaszcza tych, które są dla nich trudne (D. G. Dutton, A. Starzomski 2001, s. 63). W konsekwencji alkohol ze względu na specyficzne działanie na organizm jednostki pełni rolę prowizorycznego „regulatora" emocji. W rzeczywistości jednak zaburza funkcjonowanie człowieka, prowadzi do „hamowania" kory mózgowej, której przednie płaty, a konkretniej kora czołowa, między innymi odpowiada za sprawowanie kontroli nad pozostałymi obszarami mózgu. Tak więc „kiedy alkohol hamuje jej funkcjonowanie, inne części mózgu przyśpieszają" (C. K. Erickson 2010, s. 143). W rezultacie jednostka wykazuje zwiększoną trudność nad kontrolą własnych zachowań, w tym zachowań w relacjach z bliskimi jej osobami - partnerem i dziećmi.

Irena Pospiszyl wskazuje, że „najwięcej przestępstw przeciwko rodzinie dokonuje się pod wpływem alkoholu" (I. Pospiszyl 1994, s. 23). Zauważalne jest to nie tylko w polskiej rzeczywistości społeczno-kulturowej, ale także zagranicznej. W Niemczech, USA, czy Wielkiej Brytanii „wskaźnik przemocy dokonywanej pod wpływem środków odurzających wynosi w różnych badaniach 20%- 65%" (I. Pospiszyl 1994, s. 23-24).

Zrealizowano wiele badań odnoszących się do korelacji występującej między używaniem alkoholu a stosowaniem przemocy w rodzinie przez jednostkę uzależnioną. Jednymi z nich były badania Instytutu Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, które wskazują, że wśród współuzależnionej grupy stu dwudziestu ośmiu kobiet oraz sześciu mężczyzn, aż 80% osób płci żeńskiej doświadczało aktów przemocy w trakcie trwania małżeństwa z osobą uzależnioną od alkoholu. Z drugiej strony 20% spośród przebadanej próby kobiet, nie doświadczyło żadnej formy przemocy ze strony uzależnionego partnera (B. Włodawiec 1997, s. 26).

Inne dane statystyczne wygenerowane przez policję wskazują, że w roku 2015 wśród siedemdziesięciu sześciu tysięcy trzydziestu czterech osób podejrzewanych o stosowanie

[33] Zob. także: D. G. Dutton .(2001). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media. s. 49-62.

przemocy w rodzinie, ponad połowa z nich była pod wpływem alkoholu (http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-wrodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html).

Z kolei dane statystyczne badań Komendy Głównej Milicji Obywatelskiej z połowy lat osiemdziesiątych przeprowadzonych w Polsce wskazują, że ogólna liczba jednostek, które były pod wpływem alkoholu w momencie popełnienia czynu zagrożonego karą, wynosiła 25%, z kolei wśród sprawców najcięższych przestępstw (gwałty, zabójstwa, rozboje) wskaźnik ten wzrasta do 50%-60%. Stwierdzono też, że „szczególnie wyraźny i bezpośredni jest związek między nadużywaniem alkoholu a przestępczością przeciw rodzinie" (M. Jarosz 1987, s. 40).

Jak wynika z powyższego, szereg danych statystycznych sugeruje, że przemoc w rodzinie w wielu przypadkach nierozerwalnie koreluje z nadużywaniem alkoholu bądź z wystąpieniem choroby alkoholowej u co najmniej jednego z jej członków. Lidia Cierpiałkowska dokonała kategoryzacji ujęć przyczynowo-skutkowych w kontekście korelacji uzależnienia od alkoholu a występowaniem przemocy w rodzinie:

- nadmierna intoksykacja chemiczna powoduje wzrost agresywności jednostki, co w konsekwencji prowadzi do stosowania przez nią przemocy;
- zaburzenia oraz choroby psychiczne prowadzą do wzrostu poziomu agresji oraz nadużywania alkoholu bądź nadużywanie alkoholu może stać się przyczyną wystąpienia tych zaburzeń, które współwystępują z nadmierną agresywnością;
- utrzymujący się wysoki poziom agresywności oraz emocjonalnego napięcia powoduje nadużywanie alkoholu, a w rezultacie także uzależnienie od alkoholu, z którym współwystępuje agresja (L. Cierpiałkowska 2003, s. 256).

Jak wskazuje Maria Jarosz, związek między intoksykacją chemiczną a „przestępczością przeciw rodzinie" jest „szczególnie wyraźny i bezpośredni" (M. Jarosz 1987, s. 40). Jednak z takim stanowiskiem nie do końca można się zgodzić, ponieważ kwestię nadużywania alkoholu bądź uzależnienia od niego oraz występowanie przemocy w systemie rodzinnym, nie należy traktować przyczynowo- skutkowo. Alkohol, sam w sobie, nie jest substancją, która stanowi determinantę zachowań o charakterze przemocowym. Mimo zgodności badaczy co do pewnej korelacji między występowaniem agresywnego zachowania a używaniem alkoholu, wciąż nieznana jest specyfika tych powiązań[34] (K. Kosińska- Dec, I. Jelonkiewicz 2000, s. 224), a jak

[34] Po spożyciu określonej dawki alkoholu występuje psychofarmakologiczny efekt jej działania na organizm jednostki, czyli następuje jej rozhamowanie, zniekształcenie procesów poznawczo - percepcyjnych oraz występowanie deficytów uwagi. Równocześnie, jak wskazuje James W. Kalat, alkohol „zmniejsza niepokój oraz hamowanie zachowania związanego z groźbą kary" (J. W. Katal 2006, s. 383). Patrząc jednak na funkcjonowanie jednostki holistycznie, istotny jest także aspekt sytuacyjny, społeczny, osobowościowy, który w mniejszym, bądź

podaje Janusz Stabryła, nadużywanie bądź uzależnienie od omawianej substancji psychoaktywnej nie jest usprawiedliwieniem dla zachowania agresywnego bądź przemocowego jednostki, ponieważ przyczyna takiego zachowania zawsze tkwi w człowieku (J. Stabryła 2013, s. 764).

Podobnie do tej kwestii ustosunkowują się Francisco Pascual Pator, Manuel Reig Ruano, Julio Fontoba Ferrándiz oraz Alvaro García del Castillo-López, którzy wzmiankują, że „konsumpcja alkoholu tradycyjnie jest kojarzona z przemocą i zachowaniami agresywnymi. Jakkolwiek nie ma jednoznacznego związku pomiędzy konsumpcją alkoholu a występowaniem zachowań przemocowych, mimo że w różnych badaniach spożywanie alkoholu jest skorelowane z pojawianiem się takich zachowań u jednostki" (F. Pascual Pator, M. Reig Ruano, J. Fontoba Ferrándiz, A. García del Castillo-López 2011, s. 72; tłum. Dorota Dolata). Trafnie przestawił to także D. G. Dutton, pisząc, że „działania, do których dochodzi pod wpływem środka pozbawiającego hamulców, stanowią część wyuczonego repertuaru danej osoby. Kiedy ludzie mówią: >>Zrobiłem to pod wpływem alkoholu<<, obwiniają jeden objaw - alkohol - a drugi, to jest przemoc. Oba zaś objawy są aspektami osobowości skłonnej do przemocy" (D. G. Dutton 2001, s. 63). Potwierdzeniem tej tezy może być fakt, że samo zaprzestanie picia przez osobę uzależnioną nie oznacza bynajmniej, że przechodzi ona proces zdrowienia, ponieważ „zmaganie się z uzależnieniem od alkoholu ma charakter procesu, dokonuje się etapowo, stopniowo i z pewnością (jeśli ma być dogłębne, całkowite i trwałe) nie oznacza jedynie niepicia alkoholu" (E. Włodarczyk 2014, s. 102). Jak pisze Elvin Morton Jellinek, „tym co sprawia, że po kilku dniach lub tygodniach po odtruciu zdarza się następne pijaństwo, nie jest »utrata kontroli«[35], tzn. prawdziwe lub pozorne zapotrzebowanie na alkohol, lecz wyjściowe

większym stopniu, po spożyciu określonej dawki alkoholu przez jednostkę, będzie ją motywował do zachowań agresywnych (K. Kosińska- Dec, I. Jelonkiewicz 2000, s. 224- 225). Należy przy tym także uwzględnić, że nie ma jednoznacznej teorii wyjaśniającej powstawanie zachowań agresywnych u jednostki. Istnieje kilka różnych teorii agresji. Między innymi biologiczne teorie agresji, wśród których zalicza się teorię psychodynamiczną, podejście psychologii ewolucyjnej. Społeczne teorie agresji - teoria frustracji agresji, hipoteza katharsis, neoasocjacjonizm poznawczy, teoria transferu pobudzenia, teorie uczenia się agresji. Istotnym wydają się także osobowe determinanty agresji, do których, za Richardem J. Crispem oraz Rhiannonem N. Turnerem, zalicza się także alkohol, „ponieważ różne poziomy jego konsumpcji wywołują różny poziom agresji u spożywających go osób" (R. J. Crisp, R. N. Turner 2009, s. 228). Szeroko została opisana problematyka zarówno stosowania agresji, jak i przemocy u jednostek uzależnionych od alkoholu w książce złożonej z referatów wygłoszonych podczas sympozjum „*Alkohol, alkoholizm i przemoc*" o tym samym tytule, wydanej przez Fundację Rozwoju KUL. Grono naukowców, jak również praktyków, szeroko porusza w niniejszej pozycji stosowanie zachowań przemocowych i agresywnych przez alkoholików w różnych kontekstach sytuacyjnych oraz w różnych systemach społecznych.
Zob. także: P. R. Giancola, A. Zeichner (1997). *The biphasic effects of alcohol on human psyhical aggression* [w:] „*Journal of Abnormal Psychology*" nr 106; B. J. Bushman, H. M. Cooper (1990). *Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review* [w:] „*Psychological Bulletin*" nr 107.

[35] Należy podkreślić, że koncepcja nałogu alkoholowego Elvina Mortona Jellinka wskazywała, że utrata kontroli nad ilością spożywanego alkoholu jest pierwszym i podstawowym objawem uzależnienia od alkoholu (E. M. Jellinek 1987, s. 5).

problemy psychologiczne albo zwykłe spotkanie towarzyskie, na którym jest alkohol" (E. M. Jellinek 1987, s. 12).

Alkohol sam w sobie nie jest przyczyną zachowań agresywnych oraz powodem stosowania przez jednostkę przemocy w rodzinie. Często źródłem są personalne problemy, z którymi boryka się jednostka, a alkohol jedynie staje się środkiem, który wpływając na jej organizm, osłabia jego działanie kontrolne. Jednak to od danej osoby zależy, czy zachowa się agresywnie, czy nie.

Mimo dywagacji odnoszących się do korelacji pomiędzy intoksykacją chemiczną a stosowaniem przemocy w rodzinie, bezsprzecznym jest, że uzależnienie od alkoholu jednostki samo w sobie staje się swego rodzaju stosowaniem przemocy (chociażby psychicznej) względem pozostałych członków rodziny, w której funkcjonuje. Choroba alkoholowa znacznie dezorganizuje funkcjonowanie systemu rodzinnego, sprawia, że jej członkowie odczuwają niemal permanentny strach o własne zdrowie, a niekiedy i życie. Osoba uzależniona często nie wykonuje zadań związanych z pełnionymi przez nią rolami społecznymi (np. rolą zawodową, czy rolą rodzica). W rezultacie inne osoby z rodziny, np. dzieci, podejmują obowiązki dorosłego rodzica, wykraczające poza ich możliwości. Tak więc nierzadko członkowie rodziny funkcjonują w stanie ciągłego „czuwania", a ich rozwój indywidualny bywa zaburzony.

1.3.2.4. Konsekwencje zawodowe wynikające z uzależnienia od alkoholu

Angus Campbell, prekursor badań nad jakością życia, utożsamia ją (jakość życia) między innymi z satysfakcją, która jest pochodną zaspokajania przez jednostkę potrzeb związanych głównie: ze stanem zdrowia, sposobami spędzania wolnego czasu, stosunkami z innymi ludźmi, z wykształceniem, życiem rodzinnym i zawodowym oraz z wykonywanym zawodem (E. Papuć 2011, s. 142). W konsekwencji praca, którą wykonuje dana osoba, okazuje się być jednym z czynników wpływających na jakość życia jednostki i jej zadowolenie z niego.

W odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu istnieje stereotypowe przekonanie o ubóstwie, a niekiedy nawet nędzy ich rodzin. Taki stan rzeczy ma być pochodną problemów, z jakimi boryka się uzależniony, a które utrudniają mu lub niekiedy uniemożliwiają realizowanie się w płaszczyźnie zawodowej, co skutkuje utratą pracy, bądź/i trudnościami w znalezieniu nowego miejsca zatrudnienia. Odwołując się do tezy Angusa Campbella, taki stan rzeczy może przyczyniać się do spadku jakości życia jednostki i jej zadowolenia z niego. Brak pracy bądź trudności w jej znalezieniu i wynikające z tego gorsze samopoczucie, mogą okazać się jednym z czynników, który motywuje daną osobę do sięgnięcia po alkohol. Zdarza się także, że to właśnie wcześniejsze trudności w pracy są jedną z przyczyn intoksykacji chemicznej. W

konsekwencji istotności rozwoju jednostki w płaszczyźnie zawodowej, w podrozdziale tym zamierzam przedstawić najważniejsze aspekty odnoszące się do specyfiki oraz konsekwencji, jakie wynikają z choroby alkoholowej dla funkcjonowania uzależnionego w tej sferze.

Problematyka aspektu zawodowego jednostki uzależnionej od alkoholu jest stosunkowo złożona, ponieważ składają się na nią problemy wynikające bezpośrednio z intoksykacji chemicznej (rozdrażnienie spowodowane silną potrzebą konsumpcji alkoholu, opuszczanie dni pracy, spóźnienia do pracy, bycie pod wpływem alkoholu w miejscu pracy itp.), czyli potencjalna gorsza jakość wykonywanych obowiązków zawodowych przez uzależnionego, jak również te związane ze stygmatyzacją alkoholików w miejscu pracy bądź potencjalnego miejsca zatrudnienia, a także trudności w jego znalezieniu.

Jak podają Michael M. Harris oraz Laura L. Heft „konsumpcja alkoholu oraz innych używek w miejscu pracy jest uważana za jeden z kluczowych problemów firm oraz współczesnego przemysłu" (M. M. Harris, L. L. Heft 1992, s. 239; tłum. Dorota Dolata). Badania zrealizowane przez International Labour Organization wskazują, że pracownicy, którzy spożywają alkohol i/lub inne używki prezentują absencję w pracy od dwóch do trzech razy wyższą aniżeli pozostałe zatrudnione osoby (E. O. Mangado, A. M. Gúrpide 2008, s. 27). W rezultacie dłuższych nieobecności pracownika i niewywiązywania się przez niego z obowiązku wynikającego z realizowanej przez niego pracy może dojść do jego pouczenia, a ostatecznie do zwolnienia[36]. Należy jednak podkreślić niejednoznaczność wyników badań odnoszących się do korelacji pomiędzy konsumpcją alkoholu przez jednostkę a absencji w pracy. Na przykład G. M. Ames, J. W. Grube oraz R. S. Moore przeprowadzili badania wśród ośmiuset trzydziestu dwóch pracowników (88% z nich było mężczyznami), którym zadano pytania o to, jak dużo piją przed oraz w trakcie pracy, oraz jak często zdarzało się im mieć tak zwanego „kaca" w trakcie wykonywanych czynności zawodowych. Ankietowanych pytano także ogólnie o ich doświadczenia z konsumpcją alkoholu, jak również o ich potencjalne problemy wynikające z intoksykacji chemicznej. Wyniki badań wskazują na korelację między problemami występującymi w pracy (np. zasypianie, kłótnie z pracodawcą itp.) a następującymi zmiennymi: spożywaniem dużych ilości alkoholu po godzinach pracy, konsumpcją alkoholu w trakcie godzin pracy czy przychodzenie do pracy na tak zwanym „kacu". Równocześnie

[36] Na zwolnienie pracownika składa się wiele czynników i jest zależne także od rodzaju wykonywanej pracy (przykładowo poniesienie sankcji przez kapelę muzyczną grającą na weselu i spożywającą alkohol może być o wiele bardziej skomplikowane niż zwolnienie pracownika, którego praca nie koreluje z występowaniem alkoholu). Niemniej jednak można przyjąć ogólny schemat, na bazie uregulowań prawnych panujących w Polsce, które zakazują konsumpcji alkoholu w miejscu pracy, że zazwyczaj dochodzi bądź powinno dojść do pouczenia, a nawet zwolnienia pracownika dokonującego intoksykacji chemicznej w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych.

stwierdzono, że konsumpcja alkoholu w granicach normy, jak również ta, która wskazuje na występowanie problemów alkoholowych u jednostki po godzinach jej pracy, nie ma wpływu na jakość wykonywanych przez nią czynności zawodowych i nie koreluje z jej potencjalnymi trudnościami w miejscu zatrudnienia. Nie wykazano również, by konsumpcja alkoholu powodowała absencję osoby w miejscu wykonywania przez nią obowiązków zawodowych (G. M. Ames, J. W. Grube, R. S. Moore 1997, s. 40-45).

Inne badania przeprowadzane w Wielkiej Brytanii dowiodły, że osoby spożywające alkohol okazjonalnie rzadziej brały zwolnienia chorobowe aniżeli ich koledzy i koleżanki abstynenci (P. Anderson, B. Baumberg 2006, s. 31).

Mimo wystosowanych powyżej twierdzeń, jakoby spożywanie alkoholu nie korelowało bezpośrednio z jakością wykonywanej pracy przez jednostkę bądź z jej absencją, należy wskazać, że niewątpliwie nadużywanie alkoholu, jak również epizody intensywnego picia, pociągają za sobą szereg konsekwencji. Mianowicie taka intoksykacja chemiczna niesie za sobą ryzyko częstszych nieobecności w miejscu pracy, występowaniem złego samopoczucia w trakcie wykonywania czynności zawodowych, co wiąże się z niższą efektywnością pracy, szybszym opuszczaniem miejsca zatrudnienia. W konsekwencji nierzadko dochodzi do zawieszeń dyscyplinarnych, nieodpowiedniego zachowania, kradzieży bądź innych przestępstw (P. Anderson, B. Baumberg 2006, s. 31). Zależność taką wskazują badania przeprowadzone przez T. W. Mangione, J. Howland, B. Amick, J. Cote, M. Lee, N. Bell oraz S. Levine, którzy dowiedli, że częstość zgłaszanych problemów dotyczących wydajności pracy odnosiła się do osób nadużywających alkoholu bądź pijących w sposób problemowy. Najściślejsze korelacje zachodziły pomiędzy intoksykacją chemiczną a spóźnianiem się, wcześniejszym opuszczaniem miejsca pracy czy zmniejszeniem efektywności jej wykonywania. Z kolei nie wykazano wysokich powiązań pomiędzy konsumpcją alkoholu a absencją w miejscu zatrudnienia (T. W. Mangione, J. Howland, B. Amick, J. Cote, M. Lee, N. Bell, S. Levine 1999, s. 261-270). W rezultacie zauważyć można, że nadmierne spożywanie alkoholu ma częstszy związek z jakością wykonywanej pracy niż z absencją pracownika.

W Polsce powszechnie przyjmuje się, że alkohol w miejscu pracy jednostki jest wykluczony. Jak wynika z powyższych rozważań, jego nadużywanie często w sposób znaczący wpływa na wydajność pracownika i obniża efektywność wykonywanych przez niego czynności zawodowych, jak również, w niektórych przypadkach, naraża na utratę zdrowia czy życia pozostałe osoby zatrudnione.

Jak podaje Jadwiga Fudała, im łatwiej jest zastąpić pracownika wykazującego problemy alkoholowe, tym szybciej zostanie to uczynione przez pracodawcę. Jeśli z kolei problem

dotyczy pracownika mającego wysokie kwalifikacje zawodowe, wówczas najczęściej pracodawca będzie starał się nakłonić go do podjęcia leczenia (J. Fudała 2012, s. 28).

Niemniej jednak często zdarza się, że pracodawca nie podejmuje prób przekonania pracownika do zaprzestania picia bądź podejmowane przez niego próby są krótkotrwałe. W konsekwencji pracownik staje się osobą bezrobotną, co zwrotnie może wpłynąć na pogłębienie jego problemu[37].

Problematyka związana z nadużywaniem alkoholu a czynnościami zawodowymi, jak również z konsekwencjami, jakie pracownik może ponieść w wyniku nadmiernej konsumpcji alkoholu, jest bardzo złożona. Wiąże się z jednej strony bezpośrednio z osobą uzależnionego pracownika i trudnościami, jakie go spotkają w miejscu zatrudnienia, z drugiej strony, patrząc holistycznie, także z jego wydajnością i produktywnością.

Problemy w miejscu zatrudnienia, osoby uzależnionej od alkoholu, powodują, że staje się ona bardziej nerwowa, a w konsekwencji zdarza się, że częściej wpada w nieuzasadniony gniew, dokonuje częstszych intoksykacji chemicznych celem uśmierzenia występującego napięcia. Problematyka związana z obszarem zawodowym osoby uzależnionej od alkoholu jest istotna, bowiem wiąże się również z jakością i wydajnością jego funkcjonowania w innych systemach społecznych, w tym w rodzinie, która w rezultacie jego trudności także doświadcza ich negatywnych konsekwencji. Z jednej strony musi uporać się z trudnościami będącymi pochodną zachowań osoby uzależnionej (frustracją niekiedy przeobrażaną w gniew, złość), z drugiej strony nierzadko musi poradzić sobie z narastającymi problemami finansowymi.

[37] Może mieć także miejsce sytuacja odwrotna - to długotrwałe bezrobocie może stać się jednym z istotniejszych przyczyn zapoczątkowania problemów z alkoholem u jednostki (A. Olak 2014, s. 146).

ROZDZIAŁ II

Współuzależnienie- główne implikacje teoretyczne

W poprzednim rozdziale poświęciłam więcej uwagi problematyce choroby alkoholowej - jej uwarunkowaniom, mechanizmom powstawania oraz konsekwencjom, jakich doświadcza osoba na nią cierpiąca w wielu płaszczyznach swojego życia. We współczesnej literaturze przedmiotu, podejmując omawianą problematykę, coraz częściej uwzględnia się także specyfikę funkcjonowania osób będących w bezpośrednim i najbliższym związku z chorym, ich sposoby radzenia sobie z trudnościami i ewentualny wpływ na podtrzymywanie trwania choroby uzależnionego. Osoby te, w szczególności ich partnerzy, określani są mianem osób współuzależnionych. Problematyka współuzależnienia jest złożona i wielowątkowa, którą porusza się w wielu publikacjach naukowych. Równocześnie wiąże się z pewnymi nieścisłościami, spowodowanymi niezgodnością odnoszącą się zarówno do genezy powstawania zjawiska współuzależnienia, jak również tego, komu ono jest przypisywane- czy tylko partnerom osób uzależnionych od alkoholu, czy również ich dzieciom. W tym rozdziale nie zamierzam rozstrzygać omawianych niejasności. Zależy mi jednak na zarysowaniu podstawowych ujęć terminologicznych zjawiska współuzależnienia w zależności do hipotezy wyjaśniającej genezę jego powstania, ponieważ jest ono kompatybilne ze zjawiskiem uzależnienia od alkoholu, a ujmując systemowo problematykę funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, nie sposób pominąć tego wątku. Zanim przejdę do spectrum swoich rozważań, chciałabym zaznaczyć, że jeżeli w swojej pracy **będę posługiwała się określeniem „współuzależniona"/„partnerka uzależnionego", to nie upraszczam równocześnie, że osobami współuzależnionymi mogą być wyłącznie kobiety i mam świadomość, że mężczyźni również bywają w związkach z kobietami uzależnionymi od alkoholu**.

2.1. Współuzależnienie- wprowadzenie do problematyki zagadnienia

Istotnym elementem funkcjonowania każdego systemu rodzinnego jest komunikacja pomiędzy jego członkami. Mianowicie „każdy komunikat wpływa w pewnym stopniu na relację istniejącą między nadawcą a odbiorcą, jak również on sam znajduje się pod wpływem tej relacji" (W. Świętochowski 2014, s. 36). Oznacza to, że każda wysyłana informacja spełnia swoją funkcję w interakcji pomiędzy nadawcą a odbiorcą, a najistotniejszym aspektem przekazu jest aspekt pragmatyczny, czyli sposób zrozumienia i odbioru komunikatu (W.

Świętochowski 2014, s. 36). Dlatego zachowanie każdej jednostki w relacji z drugą osobą spełnia określoną funkcję, ma czemuś służyć, jest także komunikatem i wpływa na zachowanie osoby, z którą ta jest w interakcji. Należy przy tym zaznaczyć, że osoby pozostające ze sobą w określonej relacji nie mogą się nie komunikować, bowiem każde zachowanie, gest coś sygnalizuje, wnosi do danej relacji określony komunikat (J. Beavin Bavelas 1992, s. 3).

Istotne przy tym są relacje: alkoholik- współuzależniona; alkoholik- dzieci; współuzależniona- dzieci. Zachowanie osoby uzależnionej koreluje z zachowaniem przejawianym przez pozostałych członków jego rodziny i na odwrót. Jego funkcjonowanie jest także formą komunikacji z rodziną i zwrotnie wywołuje permanentne skutki w funkcjonowaniu osób z jego otoczenia, jest dla nich źródłem cierpień oraz nierzadko zaburzeń emocjonalnych. Stała interakcja z osobą uzależnioną wiąże się z odczuwaniem chronicznego przeciążenia emocjonalnego oraz napięcia. Wśród najczęściej przeżywanych emocji przez członków systemu alkoholowego przeważają: lęk, smutek, żal, gniew, poczucie winy, wstyd oraz upokorzenie. Wszystkie one zwrotnie oddziałują na sposób funkcjonowania jednostki oraz na jakość jej relacji z innymi ludźmi, także z tymi spoza kręgu jej rodziny pochodzenia (J. Mellibruda, Z. Sobolewska 1997, s. 421).

Odwołując się ponownie do aspektu komunikacyjnego, zachowania alkoholika, jak już wspomniałam, zwrotnie wymuszają określoną mozaikę zachowań członków jego rodziny i odwrotnie, jednostki współtworzące system alkoholowy, poprzez swoje zachowania, zwrotnie wpływają na specyficznie pojawiające się reakcje uzależnionego.

W tak funkcjonującej rodzinie, w konsekwencji długotrwałej intoksykacji uzależnionego, istnieją dwa wyjścia z sytuacji.

1. **Można zerwać kontakty z alkoholikiem**, co doprowadzi do rozpadu systemu alkoholowego. Uzależniony pozostaje bez wsparcia ze strony bliskich, dlatego mogą pojawić się u niego rozdrażnienie, złość, smutek, poczucie skrzywdzenia i niesprawiedliwości zwrotnie skłaniające go do picia w celu podtrzymania mechanizmu racjonalizacji[38]. Może także osiągnąć punkt krytyczny, tak zwane „drugie dno", które

[38] **Mechanizm racjonalizacji** jest jednym z mechanizmów obronnych, które zostały wykryte przez Zygmunta Freuda. Mechanizmy obronne stanowią „pewną nawykową metodę radzenia sobie z konfliktami" (J. Kozielecki 2000, s. 117). Istotnym jest, że nie rozwiązują konfliktów, ale jedynie łagodzą ich objawy. Stosowanie mechanizmów obronnych przez członków systemu alkoholowego ma do spełnienia głównie dwie funkcje: przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, w jakim przyszło im funkcjonować; z drugiej jednak strony - podtrzymywania trwania systemu alkoholowego poprzez niemożność skontaktowania się ze swoimi prawdziwymi uczuciami oraz zniekształcania sposobu, w jaki dana jednostka spostrzega swoje pragnienia, działania, jak również różnorodne aspekty otaczającej ją rzeczywistości (A. Frączek, M. Kofta 1975, s. 650). Wyróżnia się cztery główne mechanizmy obronne: represji (wyparcia), projekcji, substytucji i racjonalizacji, które tworzą, wg podejścia psychoanalitycznego, system obronny „ja" jednostki. Ostatni z wymienionych mechanizmów, mechanizm racjonalizacji, polega na „nieadekwatnym wyjaśnianiu przyczyn zachowania" (J. Kozielecki 2000, s. 122).

w większości przypadków jest determinantem do zaprzestania picia i poddania się leczeniu (S. A. Benton 2015, s. 174-175).

2. **Rodzina uzależnionego próbuje zaadaptować się do sposobu jego funkcjonowania**, chcąc wypracować takie sposoby zachowania, które umożliwią niezachwianie sztywnych mechanizmów homeostatycznych systemu alkoholowego. Chcąc utrzymać *status quo,* wszyscy jej członkowie dostosowują swoje reakcje do neutralizowania skutków uzależnienia jednego z członków rodziny i zachowania systemu iluzji i zaprzeczeń, tym samym podtrzymując trwanie systemu alkoholowego (A. Margasiński 2011).

Druga z zaprezentowanych możliwości stanowi adaptację członków rodziny do warunków panujących w systemie alkoholowym. Pozorne wsparcie, w postaci dostosowania swoich reakcji do funkcjonowania uzależnionego, w rzeczywistości utrudnia mu powrót do zdrowia i wspomaga trwanie choroby (H. Szczepańska 1992, s. 42-44). Równocześnie naraża osoby funkcjonujące w takiej rodzinie na wystąpienie u nich szeregu problemów psychologicznych przekładających się zwrotnie na sposób ich zachowania, a które w konsekwencji zostają nazwane współuzależnieniem.

Współuzależnienie jest terminem, który przeszedł swego rodzaju rozwój. Początkowo używano terminu koalkoholizm na określenie żon alkoholików, których zachowania analizowane były przez terapeutów z nimi współpracujących. Zauważono, że kobiety te wykazują wysoki stopień zależności od swoich uzależnionych partnerów i prezentują cały wachlarz powtarzających się zachowań wystosowywanych wobec ich intoksykacji chemicznej. Należą do nich m. in. wylewanie alkoholu, ukrywanie go, sprowadzanie współmałżonka do domu, usprawiedliwianie go w pracy itp. Doszukiwano się wówczas u tej grupy osób tendencji sadomasochistycznych, czy innych form zaburzeń osobowości. Jednak w wyniku głębszych i długotrwałych analiz, w trakcie prac terapeutów z tymi kobietami, zdano sobie sprawę, że przyczyny ich zachowań muszą mieć głębszy charakter, który nie jest jedynie wynikiem ich relacji w diadzie małżeńskiej (A. Margasiński 2011, s. 102).

Z biegiem czasu, analizując bardziej precyzyjnie mechanizmy uzależnienia, które występują w każdym systemie alkoholowym, zaczęto używać terminu współuzależnienie,

Prawdziwe dążenia i motywy są zastępowane przez te pożądane. Istnieją dwa główne typy racjonalizacji: kwaśne winogrona (w momencie, gdy jednostka nie może osiągnąć ważnego dla niej celu, w rezultacie uznaje, że nie miało ono dla niej znaczenia); słodkie cytryny (jednostka wmawia sobie, że zdarzenia oraz sytuacje, które mają miejsce, są dla niej przyjemne) (J. Kozielecki 2000, s. 118-127). W przytoczonym przykładzie chodzi o usprawiedliwianie przez alkoholika ilości spożywanego przez siebie alkoholu (np. „piję, bo rodzina mnie zostawiła i nic innego mi nie pozostaje"; „piję, bo moja żona jest zła" itp.).

którego symptomy nie miały jedynie ograniczać się do funkcjonowania partnerów osób uzależnionych, ale być powielane także przez pozostałych członków rodziny. Zaczęto używać terminu „współuzależnienie", które początkowo określało „psychiczne, emocjonalne, behawioralne trudności wykazywane przez żony, a następnie przez dzieci alkoholików, którzy nieświadomie umożliwiają utrzymywanie się problemu alkoholowego" (J. Cullen, A. Carr 1999, s. 505; tłum. Dorota Dolata).

W środowisku terapeutów uzależnień omawiany termin pojawił się w latach siedemdziesiątych XX wieku, prawdopodobnie w Minnesocie (M. Piedad Puerta 2006, s.470). Istniała wówczas tendencja do jego rozumienia w kategoriach chorobowych, co poskutkowało jego zaadaptowaniem przez ruch Anonimowych Alkoholików i szybkim powstawaniem licznych grup terapeutycznych, które pracowały bazując na programie Dwunastu Kroków. Zaczęto analizować współuzależnienie przez różne środowiska specjalistów, nadawano mu różne statusy, co w konsekwencji doprowadziło do jego terminologicznej nieprecyzyjności oraz nadużywania (A. Margasiński 2011, s. 102).

W polskiej literaturze wciąż istnieją dywagacje dotyczące definiowania współuzależnienia oraz genezy tego zjawiska. Jedne z niewielu obszernych badań w tej tematyce zostały zrealizowane przez Instytut Psychologii Zdrowia. W pracach Działu Badań tego instytutu po raz pierwszy pojawił się wątek współuzależnienia, gdzie głównym celem była identyfikacja oraz diagnoza problemów psychologicznych, z którymi borykały się kobiety związane z alkoholikami. Z biegiem czasu podjęto się realizacji tworzonych programów terapeutycznych dla osób współuzależnionych, które były stosowane w wielu placówkach odwykowych. Terapeuci je realizujący dokonali ich empirycznej weryfikowalności, co stało się celem programu badawczego APETOW- Analiza Przebiegu i Efektywności Terapii Osób Współuzależnionych, realizowanego w latach 1998-2002 (E. Trębińska- Szumigraj 2010, s. 53-54).

Dokładnie opisana procedura przebiegu badań została zawarta w artykule zatytułowanym „*Wyniki badań pilotażowych programu APETOW- charakterystyka pacjentek współuzależnionych*" autorstwa Marzeny Kucińskiej, Jerzego Mellibrudy oraz Bogusława Włodawca. Autorzy szczegółowo prezentują wyniki, które wskazują na różnice w funkcjonowaniu grupy kobiet współuzależnionych przed rozpoczęciem terapii oraz tych, które ją zakończyły. W konkluzji swoich rozważań podkreślają, że „kobiety z podgrupy rozpoczynającej terapię współuzależnienia i kobiety z podgrupy kończącej terapię różniły się istotnie w zakresie poglądów na temat alkoholizmu męża, poziomu lęku i bilansu emocjonalnego. Różnice te wskazują na skuteczność terapii współuzależnienia w Sieci

Wiodących Placówek Lecznictwa Odwykowego" (M. Kucińska, J. Mellibruda, B. Włodawiec 1997, s. 451-452).

Aktualnie współuzależnienie jest terminem używanym przez wielu klinicystów na określenie „pewnych niezdrowych zachowań" (T. M. Knudson, H. K. Terrell 2012, s. 245). Termin „pewne niezdrowe zachowania" jest terminem niezwykle szerokim mogącym objąć wiele aspektów behawioralnych jednostki wraz z jej kontekstem rodzinnym. W związku z czym, także w Stanach Zjednoczonych, pojawia się problem z jego skonkretyzowaniem. Jak pisze Theresa M. Knudson oraz Heather K. Terrell „definicja współuzależnienia jest szeroka. Termin współuzależnienie jest definiowany różnie przez wielu autorów i badaczy" (T. M. Knudson, H. K. Terrell 2012, s. 246; tłum. Dorota Dolata). Autorki podkreślają przy tym, że literatura opisująca współuzależnienie wskazuje, że jest nim dysfunkcjonalny schemat powielany w relacji z innymi ludźmi, który w konsekwencji charakteryzuje się trudnościami oraz bólem u jednostki (T. M. Knudson, H. K. Terrell 2012, s. 246).

Literatura odnosząca się do omawianego zagadnienia jest niezwykle szeroka, a samo dookreślenie tego, czym jest, a czym nie jest współuzależnienie, zależne jest przede wszystkim od podejścia specjalistów i aktualnego stanu wiedzy odnoszącego się do problematyki rodziny, w której co najmniej jedna z osób jest uzależniona od alkoholu. Wszyscy specjaliści zgadzają się z tym, że istnieje korelacja konsekwencji wynikających z choroby uzależnionego na sposób funkcjonowania wszystkich członków jego rodziny. W konsekwencji, mówiąc o współuzależnieniu, ma się na myśli wszelkie skutki psychologiczne, które są pochodnymi życia z osobą uzależnioną powstałymi w bezpośrednim związku z jej alkoholizmem. Przede wszystkim odnosi się go do tych procesów psychicznych oraz zjawisk, które podtrzymują intoksykację chemiczną chorego bądź nie sprzyjają jego wytrzeźwieniu (W. Sztander 1992, s. 47).

2.2. Współuzależnienie na bazie różnych modeli wyjaśniających genezę zjawiska

Jak wskazałam powyżej, termin współuzależnienie jest terminem niezwykle obszernym i do dzisiaj nie ma jednoznacznego statusu definicyjnego (L. Cierpiałkowska 2000, s. 90). Powszechnie jednak przyjmuje się, że istnieje kilka ujęć terminologicznych współuzależnienia, których rozbieżności zależne są od podejścia badaczy i specjalistów. Wyróżnia się przy tym trzy modele współuzależnienia.

1. Model psychopatologiczny.
2. Model zaburzeń osobowościowych.

3. Model adaptacyjny.

Wskazują one różne możliwe genezy powstawania omawianego zjawiska, a w konsekwencji możliwość podjęcia działań pomocowych przez jednostkę i szansę na satysfakcjonujące funkcjonowanie w przyszłości (A. Margasiński 2011, s. 102-108).

2.2.1. Model psychopatologiczny współuzależnienia

Uznając powszechnie, że alkoholizm jest chorobą, zaczęto zastanawiać się także nad chorobowym aspektem współuzależnienia. Timmen Cermak był jedną z pierwszych osób, która zwróciła uwagę, że współuzależnienie może być chorobą wymagającą leczenia, będąc „bezpośrednią i automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska 1997, s. 422). W swoim opracowaniu zatytułowanym „*Diagnostyczne kryteria współuzależnienia*" podjął próbę usystematyzowania wiedzy odnoszącej się do omawianego zjawiska i mimo braku jego jednoznacznego zdefiniowania, wyodrębnił szereg kryteriów diagnostycznych, które w późniejszych latach były powielane przez wielu innych autorów (E. Trębińska- Szumigraj 2010, s. 55). Na podstawie wspomnianych kryteriów, jednostka współuzależniona będzie:

1. Uzależniać poczucie własnej wartości od spostrzeganej zdolności do kontrolowania innych osób oraz wywierania wpływu na zachowania oraz uczucia własne i innych ludzi. Jak wskazują Timmen Cermak oraz Jacques Rutzky „wiele DDA wchodzi więc w relacje, w których wciąż biorą odpowiedzialność za to, czy partnerzy je polubią. Jeśli któryś z tych wzorców pasuje do kogoś z was, to powinniście wiedzieć o niebywałych trudnościach, jakie liczne DDA mają z odsunięciem od siebie iluzji kontrolowania" (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 146). Tutaj ponownie można znaleźć podobieństwo do zachowań alkoholika, który, dopóki jest przekonany o możliwości kontrolowania ilości spożywanego przez siebie alkoholu, dopóty jego choroba będzie trwać. Jak to ujęła Sarah Allen Benton „ta wizja kontroli to światełko nadziei, które pozwala im trwać w zauroczeniu trunkami" (S. A. Benton 2015, s. 161). Niniejsza „iluzja kontrolowania" u osoby współuzależnionej najintensywniej przejawia się w następujących obszarach:
   - **Zniekształcony stosunek do siły woli, jak również sprawowania kontroli**. Osobie współuzależnionej trudno jest zweryfikować, które zdarzenia i sytuacje jest w stanie kontrolować, a które nie. Cechuje ją nierealistyczne przekonanie, że siłą woli może modelować nie tylko przebieg własnego życia, ale także życia innych osób. Jak wspomniałam

wyżej, zauważalne jest przy tym podobieństwo współuzależnionego do alkoholika. Alkoholik jest przeświadczony o możliwości kontrolowania ilości spożywanego alkoholu, co więcej, także o możliwości zaprzestania jego picia w dowolnym momencie (L. Cierpiałkowska 2000, s. 91). Dlatego tak istotnym, w pierwszym etapie zdrowienia, zarówno alkoholika, jak i współuzależnionego, jest wyzbycie się przez nich obojga przeświadczenia o możliwości kontrolowania kogokolwiek (np. alkoholika), czy czegokolwiek (np. ilości spożywanego alkoholu), ponieważ w przeciwnym razie, na bazie sprzężeń zwrotnych[39], będzie dochodzić do podtrzymywania trwania systemu alkoholowego. Prowizoryczna kontrola[40], zarówno u uzależnionego, jak i u współuzależnionego, pełni istotną funkcję. Wyzbycie się jej jest niezwykle trudnym zadaniem, ponieważ wówczas należałoby zmierzyć się z własną bezsilnością i bezradnością. Trafnie podkreślają to Timmen Cermak oraz Jacques Rutzky pisząc: „Bez niej możecie poczuć się tak bezbronni, tak nieprzystosowani i tak przerażeni możliwością utraty kontroli, że jedynym rozwiązaniem staje się kolejna wysilona próba utrzymania świata w całości" (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 146). Lidia Cierpiałkowska wskazuje, że „wraz z pogłębianiem się współuzależnienia postawy kobiet polaryzują się w obrębie dwóch skrajności: albo sztywno podtrzymują złudzenie siły własnej woli i zdolności kontrolowania innych, albo zajmują postawę kompletnej bezradności i beznadziejności" (L. Cierpiałkowska 2000, s. 91).

[39] Zasada sprzężeń zwrotnych oznacza, że „jakakolwiek zmiana dotycząca któregoś z elementów systemu wpływa na inne elementy, i odwrotnie" (A. Margasiński 2011, s. 33). Oznacza to, że przekaz osoby A będzie wpływał na przekaz osoby B i odwrotnie (P. Budzyna-Dawidowski 1999, s. 61). W konsekwencji zmiana zachowania współuzależnionego wobec alkoholika wpłynie na jego zachowanie i odwrotnie. Trudnością jest jednak sytuacja, w której jedynie jedna osoba poddaje się terapii, a sposób funkcjonowania tej drugiej nie zmienia się. Wówczas obie strony mogą mieć problemy we wspólnym funkcjonowaniu. Dlatego nie bez powodu mówi się, że leczenie choroby alkoholowej nie może ograniczać się jedynie do leczenia osoby uzależnionej, ale całego systemu rodzinnego (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 48-49).

[40] Alkoholik jest przeświadczony o sprawowaniu kontroli nad swoją intoksykacją chemiczną, a współuzależniony jest przekonany o sprawowaniu kontroli nad alkoholikiem, konkretniej, nad ilością spożywanego przez niego alkoholu. Jednak, jak się okazuje w praktyce, jest to jedynie kontrola prowizoryczna, ponieważ ani alkoholik, ani tym bardzie jego partner czy dzieci, nie są w stanie przejąć kontroli nad jego intoksykacją chemiczną. Przez przejęcie kontroli nad ilością spożywanego alkoholu rozumie się kontrolowane, czyli nie problemowe spożywanie omawianej substancji psychoaktywnej. Nie można jednak mówić o alkoholiku spożywającym alkohol w sposób kontrolowany- kłóciłoby się to z przyjętą tezą, za Elvinem Mortonem Jellinkiem, że alkoholizm jest chorobą, w której jednostka wykazuje się brakiem kontroli nad ilością spożywanego alkoholu (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 315).

- **Zaburzenie granic własnego „ja" oraz stabilności samooceny**. Osoby współuzależnione uzależniają własną samoocenę od samopoczucia oraz zachowania innych osób (L. Cierpiałkowska 2000, s. 91). W związku z tym, najczęściej partner stanowi o kryterium samopoczucia osoby współuzależnionej. Nic więc dziwnego, że współuzależniony stara się możliwie najintensywniej kontrolować zachowanie uzależnionego, skoro ten jest pośrednio wyznacznikiem jego (współuzależnionego) samooceny.
- **System zaprzeczeń, który u alkoholików ukierunkowany jest na zaprzeczanie, jakoby utracili kontrolę nad intoksykacją chemiczną, a u współuzależnionych na bezsilność oraz własne ograniczenia związane z zachowaniem partnera**. System ten ma pośrednio służyć utrzymaniu pozytywnej oceny siebie u osoby współuzależnionej, bowiem jak długo uważa ona, że jest w stanie kontrolować zachowanie swojego partnera, będzie podtrzymywać pozytywną ocenę siebie (L. Cierpiałkowska 2000, s. 91).
- **Niskie poczucie własnej wartości u współuzależnionych** zależne jest od (nie)możności kontrolowania osoby chorej, co w konsekwencji prowadzi do poczucia bezwartościowości i nienawiści wobec siebie samych (L. Cierpiałkowska 2000, s. 92).

2. Wykazywała zaburzenia w obszarze granic własnego Ja w kontaktach interpersonalnych oraz lęk. Osoby funkcjonujące w domu z problemem alkoholowym podporządkowują całe swoje funkcjonowanie uzależnieniu jednego z jego członków. Dlatego bardzo utrudniony staje się dla nich rozwój swojej prawdziwej osobowości[41], a w konsekwencji, w dorosłości, skonkretyzowanie tego „kim jestem"/„jakie są moje prawdziwe potrzeby i pragnienia". Przejawiają trudności w ustalaniu granic w kontaktach interpersonalnych, w których mogą także odczuwać lęk, ponieważ bliskość kojarzy im się równocześnie z odrzuceniem i wieloma innymi trudnymi przeżyciami (L. Cierpiałkowska 2000, s. 92). Jak podaje Honorata Skrętowska, „jeśli DDA tworzą związki partnerskie, trudno jest im

[41] Termin „prawdziwa osobowość" został użyty w odniesieniu do terminu „fałszywa osobowość", którym posłużyli się Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden w książce „*Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*". Szerzej problematyka ta zostanie przedstawiona przy opisie funkcjonowania dzieci i adolescentów w określonej roli psychologicznej, w kolejnych rozdziałach pracy.

zachowywać spokojną bliskość, gdyż obawiają się jej utraty. Często więc utrzymują duży dystans do partnera. Czasem, gdy w relacji partner »nadmiernie« się zbliża, uruchamiają (oczywiście nieświadomie) tendencje do wycofania i zepsucia relacji, aby w ten sposób zachować iluzję swojej sprawczości (*to ja porzucę, a więc nie zostanę porzucona*)" (H. Skrętowska 2012, s. 29).

3. Wykazywała tendencję do wchodzenia w bliskie relacje oraz je utrzymywała z osobami współuzależnionymi, uzależnionymi od różnych środków psychoaktywnych bądź z osobami o zaburzonej osobowości. Według Timmena Cermaka osoby uzależnione oraz te z zaburzeniami osobowości wykazują narcystyczną potrzebę bycia kimś wyjątkowym, co w konsekwencji prowadzi ich do poszukiwania partnerów, którzy ową wyjątkowość będą potwierdzać, rozumieć i odzwierciedlać. Współuzależnieni często funkcjonują w relacjach, bazując na przyjmowaniu za swoje cudzych potrzeb i dążeń - stają się swego rodzaju lustrem dla osób uzależnionych oraz tych wykazujących zaburzenia osobowości (L. Cierpiałkowska 2000, s. 92).
4. Timmen Cermak wskazuje na występowanie u osoby współuzależnionej co najmniej trzech rodzajów zaburzeń z wymienionych poniżej:
   - zaburzenia regulacji procesów emocjonalnych, które wiążą się z nadmiernym tłumieniem wszelkich emocji o wydźwięku pejoratywnym, co w konsekwencji prowadzi do braku ekspresji emocji oraz/lub braku kontroli przy nagłych wybuchach złości;
   - stany depresyjne, które są konsekwencją niewyrażanej wprost złości na partnera, która ostatecznie skierowana zostaje na siebie samego;
   - okazywanie nadmiernej czujności oraz bycie w ciągłym emocjonalnym „pogotowiu", które są wynikiem funkcjonowania jednostki w permanentnym stresie oraz chaosie (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93); to samo, co dla osoby uzależnionej nie stanowiło problemu danego dnia, innego może wywołać u niej gniew; przez to partner oraz dzieci muszą nieustannie odgadywać aktualny stan emocjonalny alkoholika, by móc w odpowiednim momencie, adekwatnie zareagować;
   - tendencje kompulsywne, których zadaniem jest sprawowanie prowizorycznej kontroli nad zdarzeniami, które w rzeczywistości takiej kontroli nie podlegają; równocześnie pozwalają one na maskowanie,

ochranianie jednostki przed doświadczaniem i przeżywaniem trudnych i zagrażających emocji (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93);

- niepokój oraz stany lękowe, które są konsekwencją stosowania mechanizmów obronnych (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93); należy przy tym przypomnieć, że stosowanie mechanizmów obronnych przez jednostkę prowadzi do zniekształcania percepcji zarówno własnych działań, pragnień, sposobu funkcjonowania, ale także otaczającej jej rzeczywistości; z jednej strony są one niezbędne, by jednostka mogła przetrwać w tak trudnych warunkach, z drugiej jednak utrudniają one jej kontakt ze swoimi autentycznymi przeżyciami, pragnieniami i utrudniają rozpoczęcie procesu zdrowienia systemu alkoholowego;
- zaburzenia psychosomatyczne[42], które wiążą się z doświadczaniem długotrwałego stresu oraz indywidualne predyspozycje jednostki do somatyzacji doświadczanych stanów emocjonalnych (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93);
- nadużywanie środków psychoaktywnych, które mają pełnić funkcję uśmierzającą utrzymującego się długotrwałego napięcia emocjonalnego u jednostki (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93); należy przy tym nadmienić, że niewątpliwie dzieci z rodzin z problemem alkoholowym należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia uzależnienia od środków psychoaktywnych (nie tylko alkoholu); składa się jednak na to bardzo wiele różnorodnych czynników, w związku z czym, nie można mówić o determinizmie wystąpienia problemu uzależnienia u jednostki jedynie przez fakt, że wychowywała się w rodzinie z problemem alkoholowym (K. Gąsior 2012, s. 31; J. W. Kalat 2012, s. 459 -463);
- bycie w bliskiej relacji z osobą uzależnioną przez okres co najmniej dwóch lat i nieszukanie w trakcie tego okresu żadnych form pomocy (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93);

[42] Przez **zaburzenia psychosomatyczne** rozumie się takie zaburzenia, w powstawaniu których decydującą rolę odgrywają czynniki psychospołeczne. Mówi się przy tym, że istotne są czynniki emocjonalne, które wykazując się różnym stopniem nasilenia, przedłużają zmiany czynności układu immunologicznego oraz endokrynnego. W konsekwencji długotrwałe utrzymywanie się określonych emocji, może prowadzić do rozstrojenia normalnych funkcji organizmu i powstawania zmian chorobowych (B. Bartoszek 2010, s. 61). Niewątpliwie w rodzinie z problemem alkoholowym dochodzi do długotrwałego utrzymywania się stresu, lęku, niewysłowionej złości, które w konsekwencji mogą prowadzić, i często prowadzą, do powstawania określonych problemów zdrowotnych. Wśród nich, za Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden, można wymienić: bóle głowy, osłabienia, nudności, senność, problemy związane z odżywaniem czy bóle zębów (2000, s. 117).

– bycie aktualnie, bądź w przeszłości, ofiarą nadużyć seksualnych albo przemocy- jednostki współuzależnione często bagatelizują fakt doświadczania przemocy ze strony innych ludzi bądź nawet zaprzeczają, że takie sytuacje miały miejsce, ponieważ przyznanie się zagrażałoby ich poczuciu własnej wartości (L. Cierpiałkowska 2000, s. 93); w przypadku wystąpienia przemocy (niezależnie czy psychicznej, czy fizycznej), wykorzystywania seksualnego bądź w ogóle sytuacji, która wzbudza lęk bądź poczucie winy przekraczające możliwości jednostki do poradzenia sobie z nimi, można także mówić o mechanizmie wyparcia, czyli nieświadomym usunięciu ze świadomości myśli o popędach, konfliktach, upokarzających doświadczeniach czy przykrych przeżyciach, które są źródłem tych trudnych emocji (J. Kozielecki 2000, s. 118-120); może to wynikać z dużej trudności dzieci wychowywanych w rodzinie alkoholowej w przeżywaniu traumatycznych sytuacji, których intensywność i specyfika przerosły możliwości ich konstruktywnego poradzenia sobie z nimi; w konsekwencji, na poziomie nieświadomej, łatwiej jest im je wyprzeć.

Powyżej wymienione kryteria są nierzadko stosowane przez specjalistów współpracujących z jednostkami pochodzącymi z rodzin alkoholowych, przy tym nie tylko z partnerami alkoholików, ale także z ich dziećmi.

W literaturze przedmiotu, współuzależnienie, w kontekście jednostki chorobowej, rozpatruje także Anne Wilson-Schaef, która twierdzi, że jest ono, obok alkoholizmu, chorobą i wyrasta z procesu nałogowego, który występuje w systemie rodzinnym, w którym jednostka funkcjonuje. Proces ten określany jest procesem uzależnienia i, według autorki, z niego, oprócz uzależnienia od alkoholu, rozwija się także choroba współuzależnienia, która ma swój początek, możliwy do przewidzenia przebieg oraz zakończenie- śmierć (L. Cierpiałkowska 1997, s. 19).

Także Janet Woititz, w swojej książce zatytułowanej „*Małżeństwo na lodzie- psychologiczne problemy żon alkoholików*", wskazuje, że współuzależnione kobiety, będące partnerkami uzależnionych od alkoholu mężczyzn, są jednostkami chorymi (A. Margasiński 2011, s. 99; J. G. Woititz 1990, s. 25).

Wśród pozostałych autorów wskazać należy także Pia Mellody, która klasyfikuje współuzależnienie jako jednostkę chorobową, jednak jej koncepcja często zaliczana jest do grup teorii traktujących współuzależnienie jako konsekwencję zaburzenia osobowości (E. Trębińska-Szumigraj 2010, s. 57; P. Mellody 2005, s. 19) oraz Melodie Beattie, której teorie

odnoszące się do kategoryzacji współuzależnienia lokuje się w grupie koncepcji traktujących współuzależnienie jako jednostkę nozologiczną. Sama autorka jednak nie ustosunkowuje się jednoznacznie wobec takiego stanowiska, pisząc: „Nie wiem, czy współuzależnienie jest czy nie jest chorobą. (…) A zatem współuzależnienie nie jest być może chorobą, ale z pewnością może doprowadzić nas do choroby. Poza tym może sprzyjać utrzymywaniu się choroby u naszych bliskich" (M. Beattie 1994, s. 54; 56).

Klasyfikując współuzależnienie jako jednostkę nozologiczną, należałoby uznać, że nieleczone może doprowadzić chorego do śmierci. Mimo iż niektórzy badacze utożsamiają współuzależnienie z chorobą, to brak ścisłości w rozumieniu tego zjawiska jako jednostki chorobowej spowodowało, że nie doczekało się ono statusu choroby i wciąż zostaje poddawane analizom, w celu skonkretyzowania jego genezy i objawów towarzyszących jego wystąpieniu. W związku z tym specjaliści wystosowali jeszcze dwa modele traktujące współuzależnienie jako: zaburzenie osobowości oraz specyficzną reakcję na stres.

2.2.2. Model zaburzeń osobowościowych współuzależnienia

Jak piszą Lidia Cierpiałkowska oraz Michał Ziarko, by sklasyfikować współuzależnienie jako zaburzenie osobowości, należało „zdefiniować u osoby powtarzalne wzorce doświadczania i zachowania w różnych obszarach życia oraz wskazania na uwarunkowania tego zjawiska w okresie dzieciństwa i adolescencji" (2010, s. 219).

Za takim ujęciem współuzależnienia opowiada się Wanda Sztander, która pisze, że „współuzależnienie nie jest chorobą. Jest to nadmierna sztywność myślenia i działania, powstała w wyniku niesprzyjających doświadczeń życiowych (o wiele wcześniejszych niż małżeństwo z alkoholikiem), utwierdzona w życiu z osobą uzależnioną, sztywność uniemożliwiająca korzystne i skuteczne rozwiązywanie trudności własnych i swojej rodziny" (W. Sztander 1992, s. 38-39). Równocześnie w publikacji zatytułowanej „*Rodzina z problemem alkoholowym*" autorka swoją wypowiedzią sugeruje, że współuzależnienie powinno być traktowane jako konsekwencja utrzymującego się stresu psychologicznego u członków rodziny alkoholowej („współuzależnienie jest ceną, którą bliscy alkoholika płacą za życie w sytuacji uporczywego stresu psychologicznego") (2006, s. 18). Podkreśla przy tym, że „wywikłanie się ze skutków tej sytuacji wcale nie jest proste, zwłaszcza, że nie da się tego dokonać wyłącznie własnymi siłami" (W. Sztander 2006, s. 18). Często potrzebna jest pomoc specjalisty, terapeuty, który pomoże współuzależnionemu powrócić na ścieżkę konstruktywnego funkcjonowania.

Opisując specyfikę współuzależnienia, Wanda Sztander wskazuje na sześć charakterystycznych objawów towarzyszących jego występowaniu:

- uporczywa koncentracja myśli oraz działań na alkoholiku i jego intoksykacji chemicznej; w konsekwencji osoba, mimo że nie spożywa alkoholu, i tak się na nim koncentruje (W. Sztander 2006, s. 17);
- aprobowanie ponoszenia coraz większych konsekwencji wynikających z choroby członka rodziny (W. Sztander 2006, s. 17);
- narastające problemy emocjonalne oraz problemy w życiu uczuciowym, których konsekwencją są gwałtowne zmiany nastroju, zamęt uczuciowy, pesymizm, nastroje depresyjne; w rezultacie zdarza się, że współuzależniony także stosuje środki odurzające, by poradzić sobie z trudnymi emocjami (W. Sztander 2006, s. 17);
- nerwice oraz zaburzenia psychosomatyczne, których objawy skłaniają jednostkę do sięgania po farmaceutyki, których nadmierne zażywanie może prowadzić do uzależnienia (W. Sztander 2006, s. 18);
- „pustka duchowa" pod postacią nerwowej koncentracji na szczegółach, które mają miejsce w życiu codziennym, bez utrzymywania niezbędnego dystansu do spraw drobnych; wspomniany dystans byłby możliwy, gdyby jednostka poświęciła trochę czasu na refleksję nad sensem życia i „bytowania w świecie duchowym"; konsekwencją jest depresja, brak nadziei i rozpacz (W. Sztander 2006, s. 18);
- branie na siebie odpowiedzialności za skutki uzależnienia alkoholika (W. Sztander 2006, s. 18).

Wanda Sztander w swoich publikacjach szeroko rozpisuje się na temat problematyki funkcjonowania rodziny alkoholowej ze szczególnym uwzględnieniem dzieci oraz partnera uzależnionego. W opracowanej przez siebie klasyfikacji objawów współuzależnienia autorka akcentuje rolę czynników zarówno przystosowawczych, jak i osobowościowych.

Podobnie, do problematyki współuzależnienia ustosunkowuje się Jacek Santorski, który w przedmowie do pracy Pia Mellody pisze, że współuzależnienie jest zaburzeniem osobowości, które charakteryzuje się chorobliwą skłonnością do związków, w których partnerzy są od siebie „patologicznie uzależnieni".

Susan Forward również klasyfikuje opisywane zjawisko w płaszczyźnie zaburzenia osobowości. Autorka odwołuje się do problematyki źródeł uwarunkowania współuzależnienia we wczesnym dzieciństwie, a konkretniej, we frustracji podstawowych potrzeb jednostki w okresie kształtowania się jej osobowości (E. Trębińska- Szumigraj 2010, s. 65-66; S. Forward 1996, s. 30).

Podsumowując, w traktowaniu współuzależnienia jako zaburzenia osobowości akcentuje się istotność doświadczeń jednostki z okresu dzieciństwa i adolescencji. Doświadczenia te mogą być pochodną funkcjonowania danej osoby w rodzinie pochodzenia, a zostają wzmocnione w utworzonej przez nią relacji z osobą uzależnioną od alkoholu. W rezultacie, inaczej aniżeli w ujmowaniu współuzależnienia jako jednostki nozologicznej, jego źródło może być pochodną trudnych doświadczeń wynikających z wcześniejszych relacji z rodzicami, niż wyłącznie tych z alkoholikiem. Wobec tego należy wskazać, że niekoniecznie problem alkoholowy członka rodziny determinuje wystąpienie objawów składających się na współuzależnienie, ile w ogóle niekonstruktywne relacje jednostki we wcześniejszych relacjach ze swoimi rodzicami.

2.2.3. Współuzależnienie jako konsekwencja reakcji na stres

W opozycji do koncepcji współuzależnienia rozumianego jako zaburzenie osobowości są modele traktujące je (współuzależnienie) jako nieefektywne przystosowanie się do destrukcyjnej relacji silnie nacechowanej stresogennie (relacji partner- osoba uzależniona od alkoholu). Przeciwnicy omawianego wyżej modelu współuzależnienia (rozumianego jako zaburzenie osobowości) poddawali w wątpliwość jego tezy z dwojakich przyczyn:

- uznając współuzależnienie za zaburzenie osobowości, po zaprzestaniu picia alkoholika i poddaniu się przez niego terapii, zachowania osoby współuzależnionej nie powinny ulegać zmianie; jeśli z kolei stanowi wzorzec zachowania, wówczas w okresach abstynencji uzależnionego jednostka współuzależniona powinna przejawiać inne sposoby zachowania (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 223-224);
- ujmując współuzależnienie w kontekście zaburzenia osobowości można domniemywać, że skuteczne wówczas będzie zastosowanie jedynie długoterminowej terapii (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 224).

Ujmując współuzależnienie w ramy koncepcji mówiącej o jego powstaniu w wyniku specyficznej reakcji na stres, należy zwrócić uwagę na specyfikę i źródło jego genezy. Jak zauważają Jerzy Mellibruda i Zofia Sobolewska, istotną rolę odgrywa dwoje ludzi tworzących diadę, w której istnieje nierówna relacja w zakresie ich funkcjonowania. Jedna osoba, z racji swojego uzależnienia, wprowadza w opisywaną relację destrukcję, do której przystosowuje się druga osoba (J. Mellibruda, Z. Sobolewska 1997, s. 424). Owa destrukcja to nic innego jak zachowania alkoholika, które pełnią funkcję pierwotnego stresora i odbierane są przez członków rodziny jako zagrażające (M. Załuska, A. Kossowska-Lubowicka 2009, s. 315).

Należy jednak zaznaczyć, że nie samo wydarzenie stresowe musi prowokować szereg negatywnych następstw w funkcjonowaniu jednostki bądź rodziny jego doświadczającej. Musi być to „taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholikiem, bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska 1997, s. 424). W konsekwencji charakterystyka jednostki, jej sposób funkcjonowania, wachlarz doświadczeń będą determinantą tego, czy stanie się osobą współuzależnioną, czy nie. Bowiem nie każdy zaadaptuje się do panującej sytuacji i stresu występującego w danym systemie. Niektóre osoby nie będą chciały w tak destrukcyjny dla siebie sposób funkcjonować albo zerwą kontakty z alkoholikiem i doprowadzą do rozpadu systemu alkoholowego, albo będą intensywnie poszukiwać wsparcia, chcąc zmienić sposób funkcjonowania w rodzinie.

Wśród polskich autorów, którzy uważają, że współuzależnienie jest wynikiem reakcji na stres, znajdują się między innymi Zofia Sobolewska i Jerzy Mellibruda. Piszą oni, że „życie wszystkich członków rodziny alkoholowej związane jest ze stanem chronicznego napięcia i przeciążenia emocjonalnego. Dotyczy to nie tylko sytuacji, gdy w domu obecna jest osoba uzależniona i gdy znajduje się w stanie nietrzeźwości" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska 1997, s. 421).

Wśród zagranicznych autorów Ruth Maxwell ujmuje współuzależnienie w kategoriach specyficznej reakcji na stres. Twierdzi ona, że „współuzależnienie zaczyna się jako normalna reakcja na nienormalną sytuację. Problem w tym, że normalna reakcja w końcu staje się reakcją niewłaściwą, destrukcyjną dla nas i dla innych" (R. Maxwell 2001, s. 125; 130). Mimo że ujęcie definicyjne Ruth Maxwell często jest klasyfikowane w modelu wyjaśniającym współuzależnienie jako specyficzną reakcję na stres (za: E. Trębińska-Szumigraj 2009, s. 60), to wzmianka samej autorki na temat współuzależnienia sugeruje jej podejście dychotomiczne do omawianej kwestii. Z jednej strony pisze: „współuzależnienie i wynikające z niego problemy są mniej niebezpieczne wówczas, gdy rodzic nie sięga po wzorce rozwinięte w dzieciństwie jako reakcje na własnych dysfunkcjonalnych rodziców" (R. Maxwell 2001, s. 130), co zbliża takie ujęcie współuzależnienia w kontekście zaburzenia osobowości. Z drugiej strony w rozdziale poświęconym opisowi współuzależnienia, w książce „*Dzieci, alkohol, narkotyki*", autorka pisze o „specyficznej reakcji" na „nienormalną sytuację". Sugeruje to raczej zaliczenie jej teorii do tych, które kategoryzują współuzależnienie jako reakcję na stres. Należy jednak pamiętać, że sama autorka bezpośrednio nie klasyfikuje współuzależnienia w ramy danego modelu i wspomina również o istotności doświadczeń z wczesnego dzieciństwa, które będą częściowo wyznaczać sposób zachowania współuzależnionej osoby.

Podobnie jak w przypadku wcześniej wzmiankowanych koncepcji współuzależnienia, ta także nie znajduje jednoznacznego potwierdzenia w badaniach empirycznych i nie jest koncepcją ogólnie przyjętą przez wszystkich naukowców i praktyków. W klasyfikacji zjawiska współuzależnienia napotkać można wiele sprzeczności. Niektórzy autorzy niejednoznacznie ustosunkowują się do niego. Czasami nazywają wprost to, czym jest dla nich współuzależnienie (chorobą/zaburzeniem osobowości/reakcją na stres), jednak dalszy ich opis wskazuje na sprzeczności z przyjętym przez nich uprzednio założeniem. W rezultacie nie można zamknąć omawianego zjawiska w jedne ramy teoretyczne, ale należy je postrzegać wieloaspektowo, holistycznie, mając na względzie wiele różnorodnych czynników, które mogą przyczyniać się do takiego, a nie innego funkcjonowania jednostki.

2.3. Współuzależnione dziecko alkoholika?

W literaturze przedmiotu odnoszącej się do problematyki współuzależnienia, niezależnie od sposobu ujmowania jego genezy, niektórzy autorzy wzmiankują, że omawiane zjawisko dotyczy również dzieci wychowywanych w rodzinie alkoholowej. W związku z licznymi, niepotwierdzonymi hipotezami traktującymi specyfikę współuzależnienia oraz kontrowersjami wśród specjalistów zajmujących się na co dzień pracą z osobami z rodziny alkoholowej, bardzo trudno jednoznacznie ustosunkować się do tego twierdzenia. Problem pojawia się również w przypadku dookreślenia, czy dana osoba, która pozostaje w związku intymnym z osobą uzależnioną od alkoholu, przychodząca po pomoc terapeutyczną, może być zdiagnozowana jako współuzależniona. Jak wskazuje Halina Ginowicz „warto jasno to zdefiniować, czy przyjmujemy osobę współuzależnioną, a może żyjącą w związku z osobą nadużywającą alkoholu lub uzależnioną? Czy współuzależnienie jest etykietą? Nie jest ono chorobą i nie wymienia jej ani DSM ani ICD. Jest syndromem zdefiniowanym przez zespół cech charakterystycznych dla dorosłych osób pozostających w patologicznym związku z osobą uzależnioną. Co wynika z faktu postawienia diagnozy >>współuzależniona<<?" (H. Ginowicz 2018, s. 14).

Opisując zjawisko współuzależnienia, czasami nawiązywałam, przy opisie niektórych jego objawów, do sposobu funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, bowiem niektórzy autorzy przypisują jego występowanie również tej grupie osób. Początkowo termin ten odnosił się wyłącznie do osób pozostających w bliskich relacjach partnerskich z osobą uzależnioną od alkoholu, niemniej jednak z biegiem czasu zaczęto nim określać wszystkie osoby pochodzące z rodziny alkoholowej (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 178). Wanda Sztander wyodrębniła nawet spośród ról, jakie przyjmują dzieci osób uzależnionych od alkoholu, rolę

Wspólnika, czyli dziecka, któremu „najbliżej jest do współuzależnienia" (W. Sztander 2006, s. 14).

Zarówno T. Cermak, J. Rutzky, jak i Janet Woititz wskazują, że dorosłe dzieci alkoholików również mogą być osobami współuzależnionymi, czyli takimi, które „uzależniają się od akceptacji innych (lub inne przymusowe zachowania) jako podstawy poczucia bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości i tożsamości" (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 113). W konsekwencji odczuwają silne poczucie winy, gdy osoba uzależniona nie chce przestać pić oraz podporządkowują się innym osobom, by je zadowolić (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 113-14). Podobnie wobec kwestii współuzależnienia ustosunkowuje się Wanda Sztander, która uważa, że mówiąc o współuzależnieniu ma się na myśli wszelkie skutki psychologiczne, które są pochodnymi życia z osobą uzależnioną i powstały w bezpośrednim związku z jej alkoholizmem. Przede wszystkim odnosi się go do tych procesów psychicznych oraz zjawisk, które podtrzymują intoksykację chemiczną chorego bądź nie sprzyjają jego trzeźwieniu (W. Sztander 1992)

Niezależnie jednak od sprecyzowania tego, kim dana jednostka jest (czy współuzależnionym dzieckiem alkoholika, czy „tylko" dzieckiem alkoholika) należy wskazać, że „ani współuzależnienie, ani dorosłe dzieci alkoholików nie są zaburzeniem psychicznym, w klasycznym tego słowa znaczeniu" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2018, s. 178-179).

Odwołując się zarówno do nazewnictwa powszechnie wystosowywanego w literaturze przedmiotu, jak również do spostrzeżeń wielu specjalistów podejmujących pracę terapeutyczną z osobami funkcjonującymi w rodzinie alkoholowej, **termin „współuzależniona" będę używała, mając na myśli wyłącznie osobę będącą w bliskim związku intymnym z osobą uzależnioną od alkoholu, nie wobec osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej, mając świadomość, że pewne cechy przypisywane osobom współuzależnionym mogą być kompatybilne z tymi, które prezentują dzieci osób uzależnionych od alkoholu. Nie wykluczam również możliwości, jakoby dorosłe dzieci alkoholików mogły wykazywać szereg objawów przypisywanych współuzależnieniu. Wskazuję jednak, że zjawisko to, w mojej perspektywie, nie powinno być odgórnie przypisywane wszystkim członkom rodziny alkoholowej jedynie przez fakt urodzenia w określonym, dysfunkcjonalnym systemie rodzinnym**.

Moje stanowisko ugruntowuję, odwołując się również do co najmniej jednej z cech współuzależnienia, wyróżnianych często w literaturze przedmiotu, a mianowicie „poczucia niemożności rozstania się z alkoholikiem na zawsze mimo okresowych pragnień odejścia od niego" (H. Ginowicz 2018, s. 13), które, jak wskazują badania, nie zawsze jest

charakterystyczne dla osób z rodziny alkoholowej. Często zdarza się tak, że czują one potrzebę ucieczki i odcięcia emocjonalnego i fizycznego od uzależnionego rodzica, w rzeczywistości tak właśnie postępując, mimo odczuwalnych konsekwencji będących pochodną wychowywania w rodzinie dysfunkcyjnej. Omawiane skutki nie muszą być jednak przypisywane wyłącznie wystąpieniu problemu alkoholowego w rodzinie, ale mogą pojawić się również w przypadku tych osób, które w relacji z rodzicami nie doświadczały w ogóle bliskości emocjonalnej. Jak już podkreśliłam powyżej, nie przypisywałabym odgórnie i wyłącznie rozwoju współuzależnienia osobom wychowywanym w rodzinie alkoholowej.

ROZDZIAŁ III

Rodzina alkoholowa

3.1. Modele wyjaśniające funkcjonowanie rodziny alkoholowej

W poprzednich rozdziałach odnosiłam się do problematyki związanej z uzależnieniem od alkoholu jednostki oraz zjawiskiem współuzależnienia. Koncentrowałam swoją uwagę na specyfice funkcjonowania dwóch osób, które wraz z dziećmi[43] tworzą rodzinę alkoholową. W literaturze przedmiotu opisującej funkcjonowanie zarówno alkoholika, jak również jego partnera i dzieci, bardzo często dokonuje się odniesienia do specyfiki relacji zachodzących między nimi, sposobów funkcjonowania w rodzinie, które często sprzyjają trwaniu choroby alkoholowej. Uważam za zasadne dokonanie odniesienia do tego, czym jest rodzina alkoholowa, w jaki sposób bywa opisywana w literaturze przedmiotu ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji Petera Steinglassa oraz systemowego podejścia jej funkcjonowania wraz z charakterystycznymi fazami jej rozwoju.

Do połowy lat pięćdziesiątych w literaturze naukowej podejmującej dyskurs funkcjonowania rodziny alkoholowej dominowało **podejście psychoanalityczne oraz psychodynamiczne**. Próbowano wówczas wyjaśnić specyfikę związków pomiędzy alkoholikiem oraz jego żoną, odwołując się do wiedzy o patomechanizmach kształtowania się struktury osobowości oraz mechanizmach obronnych (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 188). Nawiązując do psychoanalitycznego podejścia, „rozumienie problemów rodziny alkoholowej polegałoby na specyficznym doborze partnerów na zasadzie komplementarnej względem nieuświadamianych i niezaspokojonych potrzeb i tworzeniu zaburzonego związku" (D. Reguła 2000, s. 3). Alkoholik postrzegany jest wówczas jako osoba zależna, która wykazuje tendencję do odreagowywania swoich lęków i wchodząca w związek z osobą dominującą. Obydwie postaci mają nierozwiązany problem zależności. Partner alkoholika próbuje problem ten rozwiązać poprzez usidlenie uzależnionego, a tym samym, mając na względzie jego zależność, wzmacnianie własnej samooceny. W konsekwencji żona alkoholika postrzegana jest jako jednostka wykazująca osobowość z konfliktami zależnościowymi oraz takim zespołem potrzeb, które determinują ją do wyboru partnera bądź predysponowanego do uzależnień, bądź uzależnionego (D. Reguła 2000, s. 3). Jak podaje Lidia Cierpiałkowska „koncepcje

[43] Problematykę odnoszącą się do funkcjonowania osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej poruszę w kolejnych rozdziałach pracy.

psychodynamiczne nie wnosiły do wyjaśnienia zjawisk zachodzących w związkach małżeńskich z alkoholikiem informacji o specyficznych mechanizmach funkcjonowania tych par w odróżnieniu od innych, w których nie występował problem szkodliwego picia" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 188).

W ramach ujęcia psychodynamicznego, przez wiele lat zachowania żon alkoholików opisywano w płaszczyźnie hipotezy o dekompensacji osobowości bądź o niezrównoważonej emocjonalnie osobowości. Przykładem takiego pojmowania problematyki funkcjonowania rodzin alkoholowych jest podejście T. Whalen, który w swoim artykule zatytułowanym „*Wives of alcoholics-four types observed in a family service agency*" opisał u żon alkoholików cztery typy konfliktów, które występują w diadzie małżeńskiej rodziny alkoholowej (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 207; T. S. Sathyanarayana, K. Kuruvilla 1991, s. 181).

Inny sposób wyjaśniania zjawisk zachodzących pomiędzy małżonkami, spośród których jedno jest uzależnione od alkoholu, przedstawia model psychodynamiczny odnoszący się do analizy zjawiska kompensacji oraz dekompensacji zaburzeń osobowości u obojga małżonków (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 207). Bowiem zgodnie z głównymi założeniami klasycznej psychoanalizy, osobowość jednostki kształtuje się w relacji z osobami dla niej znaczącymi. Podstawą patologii istniejącej w diadzie partnerskiej relacji jest „nieprawidłowy charakter wczesnych relacji z »obiektem«" (M. Frąckowiak-Sochańska 2011, s. 196).

Współczesna analiza funkcjonowania pary na gruncie psychoanalitycznym koncentruje się na obszarze teorii popędów, psychologii *self* czy problematyki relacji z obiektem. Najogólniej można wskazać, że terapia par w ujęciu psychoanalitycznym, ma na celu zmianę osobowości partnerów w taki sposób, żeby byli oni zdolni komunikować się ze sobą, odnosząc się do aktualnych realiów, nie bazując na wyobrażeniach z przeszłości (M. Frąckowiak- Sochańska 2011, s. 196). W odniesieniu do rodzin z problemem alkoholowym, podobnie jak w przypadku terapii behawioralno-poznawczej, o której wspomnę w dalszej części pracy, w koncepcji psychodynamicznej istnieje wiele różnorodnych ujęć omawianego zagadnienia, które nie zostały tutaj przytoczone[44]. Należy jednak nadmienić, że koncepcja psychodynamiczna, najogólniej ujmując, uwydatnia istotność wczesnodziecięcych relacji wobec jakości relacji jednostki z bliskimi osobami w okresie późniejszym niż okres niemowlęcy, do okresu szkolnego włącznie. Stąd dla rozumienia interakcji pomiędzy małżonkami w rodzinie alkoholowej uwypukla się ważność analizy także ich indywidualnych potrzeb oraz

[44] Zob. także: Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010). „*Psychologia uzależnień - alkoholizm*". Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, s. 207-212.

wczesnodziecięcych doświadczeń w celu lepszego zrozumienia istniejących między nimi problemów.

Inną teorią wyjaśniającą specyfikę funkcjonowania rodziny alkoholowej jest **model stresu** zaproponowany przez Joan Jackson. Autorka, wyjaśniając relacje rodzinne oraz małżeńskie w rodzinach z problemem alkoholowym, wykorzystała wiedzę o stresie oraz strategiach radzenia sobie z nim. W swoim artykule zatytułowanym „*Alcoholism and the Family*" wskazuje na korelację jaka występuje między uzależnieniem jednego z członków rodziny a funkcjonowaniem kolejno: dzieci („*the alcoholic and his children*"), żony („*the alcoholic and his wife*") oraz całej rodziny („*the impact of alcoholism on the family*"). Podkreśla istotny aspekt dotyczący faz adaptacji całej rodziny oraz poszczególnych jej członków do sytuacji, w jakiej się znajdują bazując na jellinkowskiej koncepcji choroby alkoholowej jako choroby przewlekłej, mającej określone oraz przewidywalne następstwa symptomów. Dokonała tego na podstawie trzyletniej obserwacji pięćdziesięciu żon alkoholików, które były uczestniczkami spotkań Al-anon, wyróżniając przy tym siedem etapów tego procesu. Należy zwrócić uwagę, że specyfika próby badawczej- kobiet będących w związku z uzależnionym mężczyzną - obliguje do nadmienienia, że poczynione przez nią obserwacje odnoszą się do sytuacji występujących statystycznie częściej, gdy uzależnionym był mężczyzna (J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska 2013, s. 37).

1. Pierwszy, najwcześniejszy okres zmagania się z trudnościami wynikającymi z nadmiernego picia charakteryzuje się przede wszystkim zaprzeczaniem istnienia problemu przez członków rodziny alkoholowej. Występuje wówczas mechanizm błędnego koła- „wzajemne wzmacnianie obrony przed rozpoznaniem i właściwą oceną problemu, w którym zaprzeczanie osoby pijącej sprzyja uaktywnianiu się podobnej obrony u pozostałych członków rodziny, i odwrotnie" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 189). Wraz z upływem czasu system mechanizmów obronnych umacnia się, a rodzinie jest coraz trudniej dostrzec występujący problem.
2. W drugim etapie następuje podtrzymywanie zaprzeczenia, jak również izolowanie się od kontaktów społecznych w celu „ochrony" przed informacjami, które mogłyby naruszyć rodzinny system racjonalizacji oraz zaprzeczania. Coraz bardziej widoczne uzależnienie partnera wzmaga system kontroli wśród członków rodziny i powoduje wzrost sytuacji stresujących.
3. W trzecim etapie zaczyna panować chaos w relacjach wewnątrzrodzinnych. Dotychczasowe wzorce zaprzeczania oraz kontroli się załamują, co w konsekwencji wyzwala poczucie bezradności oraz beznadziejności w odniesieniu do problemu

alkoholowego. Rodzina powiela wzorce relacji, które wypracowała w poprzednim okresie radzenia sobie, ale również stosuje nowe, związane z załamaniem się systemu racjonalizacji oraz zaprzeczania.

4. Gdy żona skorzysta z profesjonalnej pomocy bądź/i zacznie uczestnictwo w grupie samopomocowej Al-anon, wówczas podejmuje próby izolacji męża od jego partycypacji w życiu rodziny. Stara się również przejąć kontrolę nad jego rodzicielskimi działaniami, chcąc zachować względny poziom stabilności w rodzinie. Stopniowo dochodzi do zmiany pozycji męża w rodzinie, traci on szacunek oraz respekt, w konsekwencji czego podejmuje próby wymuszenia na dzieciach odpowiednich zachowań. Matka umacniając swoją pozycję, stara się równocześnie zmotywować uzależnionego do podjęcia leczenia. Jeśli ten się zgodzi, wówczas rodzina przechodzi do fazy siódmej radzenia sobie z nową sytuacją, jeśli nie- do fazy piątej.
5. W piątej fazie następuje ucieczka rodziny od problemu nie poprzez zaprzeczanie oraz racjonalizację, ale poprzez coraz większe izolowanie się od problemów uzależnionego męża i ojca. Może wówczas dojść do separacji fizycznej, która wprowadza diametralne zmiany w funkcjonowaniu rodziny i wymaga zastosowania nowych wzorców radzenia sobie z trudną sytuacją. Jest to także moment, w którym albo dochodzi do rozwodu i rozpadu rodziny, albo rodzina organizuje się na nowo na skutek podjęcia leczenia przez uzależnionego.
6. Faza szósta występuje po rozwodzie, który wymusza na niepełnej rodzinie dokonanie takiej reorganizacji wzajemnych relacji między członkami, dzięki której będzie możliwe przywrócenie homeostazy, ale bez udziału uzależnionego. By mogło to nastąpić, musi zostać dookreślony nowy podział obowiązków oraz przywilejów pomiędzy członkami rodziny.
7. W fazie siódmej, określanej jako powrót do zdrowia całej rodziny, w której uzależniony podejmuje się leczenia, stopniowo system alkoholowy otwiera granice zewnętrzne na kontakty z innymi ludźmi. Bardzo istotne jest, że zadowalające kontakty z innymi osobami sprzyjają zdrowiu wszystkich osób w systemie rodzinnym. Stąd Joan Jackson postulowała silną konieczność poddania się leczeniu każdego członka rodziny (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 191).

Niektóre spostrzeżenia[45] Joan Jackson zostały wiele lat później weryfikowane oraz potwierdzone przez niektórych badaczy (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 191).

[45] W myśl wspomnianych spostrzeżeń, autorka twierdzi, że żony alkoholików doświadczają wyższego poziomu stresu aniżeli żony trzeźwych alkoholików. Z kolei partnerki alkoholików trzeźwych bądź tych leczących się,

Kolejna koncepcja– behawioralno-poznawcza- chcąc wyjaśnić związki między zachowaniem jednostki a zdarzeniami zewnętrznymi, właściwościami emocjonalnymi oraz poznawczymi danej osoby, wykorzystuje teorię społecznego uczenia się. Jak wskazują Roman Szałachowski oraz Małgorzata M. Kulik, „interwencje tradycyjnej behawioralnej terapii par (*traditional behavioral couple therapy*- TBCT) należą do najchętniej wybieranych przez terapeutów" (R. Szałachowski, M. M. Kulik 2014, s. 58). Istotność pracy terapeutycznej bazującej na koncepcji behawioralno- poznawczej jest ukierunkowanie na specyfikę procesów poznawczych jednostki oraz wykorzystywanie w pracy z parami technik poznawczych, ponieważ uważa się, że „głównym elementem zmiany negatywnych emocji i zachowania jest zmiana sposobu przetwarzania informacji i poznania" (R. Szałachowski, M. M. Kulik 2014, s. 63).

Na bazie psychologii behawioralno-poznawczej problematykę rodziny alkoholowej analizuje się w kontekście czynników, które podtrzymują wzorce szkodliwego picia, przy czym szczególną rolę we wspomnianym podtrzymywaniu nadaje się współmałżonce, znacznie mniejszą pozostałym członkom rodziny. W kontekście rodziny jako całości, dużą istotność nadaje się wzmacnianiu oraz wygaszaniu pożądanych, jak również niepożądanych, zachowań. Istotne dokonania w tej kwestii mają J. E. James oraz M. Goldman, którzy na bazie obserwacji oraz późniejszych eksperymentów wskazali na specyficzny wzorzec komunikowania się ze sobą alkoholika i jego żony. Wzorzec ten określony został jako wzorzec negatywnego przypatrywania się sobie i wskazywał na mowę ciała w interakcji osoby uzależnionej z partnerem, gdzie ten drugi, mimiką, gestem, spojrzeniem punktuje zachowania niepożądane tego pierwszego przy równoczesnym ignorowaniu zachowań pożądanych. W konsekwencji działania mechanizmu kar i nagród partner uzależnionego wzmacnia zachowania problemowe związane z konsumpcją alkoholu (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 195).

Badania eksperymentalne w omawianej płaszczyźnie poczynił także M. Hersen wraz z zespołem, których wyniki zostały opublikowane w artykule zatytułowanym „*Interactions between alcoholics and their wives: A descriptive analysis of verbal and nonverbal behawior*" (M. Hersen, P. Miller, R. Eisler 1973, s. 516-520). Autorzy wskazują na zróżnicowanie zachowań werbalnych i niewerbalnych małżonków (uzależnionego i jego partnerki). Partnerki zdecydowanie dłużej koncentrowały swoją uwagę (zarówno w płaszczyźnie werbalnej jak i niewerbalnej) na partnerach pijących podczas rozmów dotyczących alkoholu, aniżeli ich mężowie. Równocześnie, w trakcie rozmów na tematy niedotyczące konsumpcji alkoholu, było

doznają podobnego poziomu stresu, co kobiety mężczyzn pijących okazjonalnie (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 191).

odwrotnie- żony rzadziej koncentrowały swoją uwagę aniżeli ich mężowie, którzy bywali bardziej skupieni (większa liczba spojrzeń oraz komunikatów). W konsekwencji stwierdzono, że zachowania żon, choć zapewne nieintencjonalnie, wzmacniają szkodliwe spożywanie alkoholu przez ich partnerów przy równoczesnym wygaszaniu tych form aktywności, które są oczekiwane przez nie (np. wywiązywanie się z roli męża czy ojca) (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 195).

Jak wspomniałam wcześniej, istnieje szereg zróżnicowanych ujęć problematyki funkcjonowania rodziny alkoholowej w płaszczyźnie psychologii behawioralno-poznawczej[46]. Nie sposób przytoczyć tutaj wszystkich autorów oraz ich propozycji w tym względzie. Jednak należy pamiętać i warto zwrócić uwagę na fakt, że koncepcje behawioralne oraz poznawcze funkcjonowania małżeństw, w których jedno z partnerów boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu, jak pisze Lidia Cierpiałkowska, „stały się podstawą do opracowania wielu programów terapii rodzin i małżeństw, wykorzystywanych na różnych etapach picia i abstynencji alkoholika" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 197).

Z początkiem lat siedemdziesiątych w psychologii coraz dynamiczniej rozwijały się zarówno systemowe, jak i integracyjne koncepcje i modele funkcjonowania rodziny. Specyfikę wyjaśniania przez nie mechanizmów, które rządzą rodziną, przełożono na funkcjonowanie rodziny alkoholowej w celu wyjaśnienia występujących w niej zjawisk. W konsekwencji, na bazie trzech głównych paradygmatów z zaplecza psychoterapii oraz psychologii: psychologii behawioralno- poznawczej, podejścia psychodynamicznego oraz psychologii fenomenologiczno- egzystencjalej, próbuje się zbadać oraz wyjaśniać związki, jakie występują w rodzinie alkoholowej. Jak wzmiankuje Lidia Cierpiałkowska, oprócz niniejszych koncepcji psychologicznych, na bazie praktyki terapeutycznej, zarówno terapeuci uzależnień jak i klinicyści, tworzą modele, które bezpośrednio wynikają z ich pracy terapeutycznej (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 191-192).

Należy podkreślić, że w literaturze przedmiotu wyjaśniającej specyfikę funkcjonowania rodziny alkoholowej dokonuje się również odwołania do **analizy transakcyjnej**[47], a

[46] Można wskazać na opisane przez Petera M. Millera dwa klasyczne postaci paradoksalnych schematów wzmocnień negatywnych oraz pozytywnych, które występują w relacjach partnerskich żony i jej pijącego męża. „Po pierwsze, wskazał na istniejące związki pomiędzy początkami bardziej ekscesywnego picia przez męża a bodźcami awersyjnymi stosowanymi przez żonę, po drugie, zaprezentował wzorzec komunikacji między małżonkami, który polega na stosowaniu przez żonę bodźców awersyjnych (wzmocnień negatywnych) z jednoczesnym oczekiwaniem wzmocnienia pozytywnego od męża" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 195).

[47] Zob. także: E. Berne (2001). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 55-71; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko (2010). *Psychologia uzależnień- alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, s. 197-206; C. Steuner (1994). *Scripts People Live: Transactional Analysis of Life Scripts*. Grove Press.

konkretniej gier małżeńskich. Jest ona ciekawym spojrzeniem na problematykę relacji zachodzących pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny alkoholowej, niemniej jednak nie stanowi spectrum moich rozważań, dlatego nie będę dokonywała jej uszczegółowienia. Należy jedynie podkreślić, że akcentuje ona istotność relacji zachodzących pomiędzy poszczególnymi jednostkami, sposobem ich komunikowania się ze sobą i reagowania na siebie, w generowaniu potencjalnych trudności i zakłóceń komunikacyjnych, które pojawiają się w rodzinie.

Powyżej zostały scharakteryzowane główne koncepcje psychologiczne oraz specyfika ujmowania przez nie interakcji, jakie zachodzą głównie pomiędzy żoną a jej uzależnionym mężem. Najogólniej ujmując, koncepcja psychodynamiczna akcentuje istotność indywidualnych wczesnodziecięcych doświadczeń partnerów i wynikających z tego trudności w ich funkcjonowaniu w związkach, koncepcja behawioralno-poznawcza akcentuje ważność percepcji rzeczywistości i jakości komunikacji pomiędzy partnerami interakcji, a wzmiankowana przeze mnie analiza transakcyjna koncentruje się na specyfice interakcji poszczególnych członków rodziny. Wszystkie one skupiają się raczej na relacji, jaka zachodzi w diadzie partnerskiej, pomijając istotność pozostałych członków rodziny (wyjątek może stanowić analiza transakcyjna), a należy podkreślić, że współcześnie problematykę rodzin najczęściej ujmuje się z perspektywy funkcjonowania i rodzaju interakcji pomiędzy wszystkimi jej członkami, bowiem zauważa się zależność pomiędzy sposobem funkcjonowania danej osoby w rodzinie a funkcjonowaniem pozostałych i na odwrót. Problematykę rodziny alkoholowej najczęściej próbuje się zrozumieć na podstawie analizy funkcjonowania wszystkich jej członków, nie jedynie samego uzależnionego bądź diady małżeńskiej. Stąd istotne jest bliższe przyjrzenie się ujęciu systemowemu w rozumieniu funkcjonowania rodziny alkoholowej. Zanim jednak to uczynię, chciałabym wskazać, że w literaturze przedmiotu na określenie rodziny alkoholowej stosuje się zamiennie następujące terminy: **rodzina z problemem alkoholowym, rodzina alkoholiczna (W. Ambrozik 1983), rodzina alkoholowa (A. Margasiński 2011), rodzina patologiczna**[48] **(U. Świętochowska 2001, s. 153-159; H.**

[48] Odchodzi się od określania jakiejkolwiek rodziny, także tej z problemem alkoholowym, mianem rodziny patologicznej, ze względu na negatywne konotacje wiążące się ze słowem „patologia". Współcześnie częściej używa się terminu rodzina dysfunkcyjna/dysfunkcjonalna. Dość szczegółowo przedstawia specyfikę takiej rodziny John Bradshaw w książce zatytułowanej „*Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*". Autor wzmiankuje, że rodzina dysfunkcjonalna to taka, gdzie nie zostają zrealizowane określone zadania, takie jak: zabezpieczenie rozwoju oraz przetrwania swoich członków, zaspokajanie ich potrzeb emocjonalnych, nauka zachowań zarówno społecznych, jak i seksualnych, odnalezienie równowagi pomiędzy autonomią a zależnością, funkcje socjalizacyjne, zapewnienie jej członkom wzrostu i rozwoju oraz rozwinięcia poczucia własnego Ja. (J. Bradshaw 1994, s. 59). Maria Ziemska, podobnie jak John Bradshaw, określa rodzinę dysfunkcjonalną jako tę, która nie spełnia należycie swoich funkcji. Jednak wskazuje przy tym, że rodzina dysfunkcjonalna nie spełnia funkcji zarówno na rzecz swoich członków, jak i całego społeczeństwa. W konsekwencji nie ogranicza się

Marczak 1994, s. 140). W swojej pracy, za rodzinę alkoholową uznaję tę, w której co najmniej jeden z jej członków jest uzależniony od alkoholu, co generuje występowanie negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu jej jako całości oraz poszczególnych osób ją tworzących. Przy jej opisie będę zamiennie używała wyżej wyróżnionych terminów, uwzględniając przede wszystkim główne założenia koncepcji systemowej, którą bliżej scharakteryzuję poniżej (M. Ryś 2011).

3.1.1. Podejście systemowe w wyjaśnianiu funkcjonowania rodziny alkoholowej- główne aspekty definicyjne, implikacje teoretyczne

Podejmując się opisania problematyki funkcjonowania rodziny alkoholowej w oparciu o podejście systemowe, należałoby najpierw przybliżyć główne aspekty teoretyczne tego podejścia. Otóż za twórcę ogólnej teorii systemów uznaje się Ludwiga von Bertalanffyego[49], biologa, który w 1937 roku po raz pierwszy wystosował publicznie swoje koncepcje nawiązujące do ujęcia systemowego. Za oficjalną datę powstania ogólnej teorii systemów przyjmuje się 1954 rok, kiedy Bertalanffy założył Society for General Systems Theory, w późniejszym okresie przemianowane na Society for General Systems Research (L. Drożdżowicz 1999, s. 10).

Słowo system pochodzi od greckiego *systema* i definiuje się je jako „wyraz oznaczający zorganizowaną całość" (A S. Reber, E. S. Reber 2008, s. 763). Podejście systemowe w wyjaśnianiu funkcjonowania rodziny jest zróżnicowane, ponieważ posługuje się nim kilka szkół psychoterapii, z czego każda przyjmuje zupełnie inne założenia. Współcześnie można wyróżnić trzy główne szkoły systemowe bazujące na założeniach teorii systemów: komunikacyjną terapię rodzin, strukturalną terapię rodzin oraz strategiczną terapię rodzin. Nie sposób dokładnie scharakteryzować podejść wszystkich wyróżnionych szkół. Należałoby jednak podkreślić, że to, co je różni, to sposób wyjaśniania zjawisk zachodzących w rodzinie. **Komunikacyjna terapia rodzin** będzie koncentrowała się na komunikacji poszczególnych członków systemu rodzinnego, **szkoła strukturalna** akcentuje istotność granic w rodzinie, z kolei **strategiczna** wzorce zachowań (Sz. Chrząstowski 2014, s. 19). Specyfika wynikająca z ich różnic istotna jest przede wszystkim w podejściu terapeutycznym, ponieważ specjalista bazujący na szkole komunikacyjnej w inny sposób będzie wyjaśniał problematykę alkoholizmu w rodzinie i pracował terapeutycznie z jednostką bądź rodziną, aniżeli specjalista bazujący na

wyłącznie do przestrzeni rodziny, ale szerszej, uwzględniającej kontekst społeczny (M. Ziemska 1975, s. 35-40). W swojej pracy nie będę używała terminu rodzina patologiczna w odniesieniu do rodziny alkoholowej.

[49] Należałoby przy tym także wyróżnić takie nazwiska jak Wiener (profesor matematyki), informatycy Shanon oraz Weaver czy biolog Cannon, którzy także przyczynili się do powstania i rozwoju ujęcia systemowego (L. Drożdżowicz 1999, s. 10).

szkole strukturalnej czy strategicznej. Jednak mimo, że różni je kontekst wyjaśniania zjawisk zachodzących w rodzinie i sposób podejmowania działań terapeutycznych, łączy je ogólne rozumienie rodziny jako systemu oraz podstawowe zasady rządzące zachodzącymi w niej zjawiskami. Stąd nie będę dokonywała ścisłego rozróżnienia na trzy wyżej wymienione szkoły i na ich bazie dokonywała opisu funkcjonowania rodziny alkoholowej. Skupię się na najważniejszych aspektach wyjaśniających jej funkcjonowanie a w niektórych miejscach pracy wskażę na istotność teorii którejś z wyżej wymienionych szkół.

Główne implikacje teoretyczne dotyczące systemowego rozumienia rodziny

Słynne zdanie Arystotelesa „całość nie jest tym samym co suma jej części", stanowi podstawę systemowego pojmowania rodziny (U. Sokal 1999, s. 146). W teorii systemowej przyjmuje się, że poszczególni członkowie rodziny oraz wystosowywane przez nich zachowania, czy pragnienia, nie mogą być analizowane w oderwaniu od kontekstu pozostałych członków systemu rodzinnego oraz zachodzących między nimi relacji i odwrotnie- funkcjonowanie całego systemu rodzinnego nie może być analizowane w oderwaniu od szerszego kontekstu społecznego i innych subsystemów. Każdy system rodzinny charakteryzuje się trzema kluczowymi właściwościami.

1) **Całościowością (zasada stałości) -** zasada ta nawiązuje do wcześniej wspomnianego twierdzenia Arystotelesa. Mówi o tym, że funkcjonowanie rodziny będącej odrębną całością nie może być analizowane jedynie na bazie funkcjonowania jednego jej członka, ponieważ, jak podaje Mieczysław Plopa, „całość jest wyraźnie odmienna od prostej sumy wkładów indywidualnych członków, ponieważ każdy system rodzinny jest scharakteryzowany przez strukturalne reguły wiązania się, co determinuje sposób oddziaływania na siebie członków rodziny" (M. Plopa 2011, s. 16). W konsekwencji, by zrozumieć wyjątkowość danej rodziny należy gruntownie przeanalizować, jakie istnieją reguły wiązania się poszczególnych osób w dany system (M. Plopa 2011, s. 16).
2) **Organizacyjną złożonością-** każda rodzina stanowi złożoną całość zbudowaną z mniejszych jednostek bądź podsystemów, które wspólnie tworzą system rodzinny. Także system rodzinny istnieje w określonym środowisku społecznym współistniejąc z innymi systemami społecznymi (np. z różnymi instytucjami, społecznością lokalną itp.) (L. Drożdżowicz 1999, s. 12-13). Podobne ujęcie prezentuje jedno ze stanowisk socjologicznych[50]- stanowisko przedmiotowo-

[50] Można wyróżnić trzy koncepcje socjologiczne, które analizują źródła przemian rodziny. Pierwsze, przedmiotowe, reprezentowane głównie przez W. J. Goode'a, M. F. Nimkoffa, W. F. Ogburna oraz P. Sorokina,

podmiotowe, które wskazuje, że wszelkie przemiany dokonujące się w rodzinie są rezultatem jej wewnętrznej dynamiki, ale także podatności na zmiany, jakie zachodzą w społeczeństwie. W tym kontekście mowa o makro- (klasy i warstwy społeczne; społeczno-zawodowe kategorie oraz dokonujące się w nich zmiany prawne, obyczajowe, polityczne, ekonomiczno-społeczne, kulturowe oraz aksjologiczne), mezo- (czynniki regionalne oraz lokalne) oraz mikrostrukturach (kręgi familijne, sąsiedzkie, towarzyskie itd.) społecznych jako czynnikach mających wpływ na zmiany zachodzące w systemie rodzinnym, a które równocześnie nie pozostają obojętne na wpływy systemu rodzinnego (R. Doniec 2001, s. 11-13). Podobna hierarchizacja występuje w samym systemie rodzinnym, w którym także można wyodrębnić podsystemy- np. diadę małżeńską, podsystem dzieci, od których efektywności i działań zależy funkcjonowanie całego systemu (M. Plopa 2011, s. 16-17).

3) **Współzależnością** - członkowie danego systemu oraz tworzone przez nich podsystemy pozostają ze sobą we wzajemnych relacjach zależnościowych i wzajemnie na siebie wpływają. Wskazuje to na ich współzależność, bowiem zmiana jednej części systemu będzie powodowała zmianę pozostałych jej części, a w konsekwencji całego systemu rodzinnego (M. Plopa 2011, s. 17).

Oprócz wyżej wymienionych najistotniejszych kwestii charakteryzujących każdy system rodzinny, należy także wspomnieć o strategiach, regułach oraz zadaniach nim rządzących. **Strategie** są wzorami interakcji w rodzinie, metodami oraz procedurami podejmowanymi w celu realizacji w niej określonych zadań. Są one wyjątkowe i różne dla każdej rodziny w konsekwencji stanowiąc o jej unikatowości. Strategie, które są stosowane ze względu na dziedzictwo pokoleniowe danego systemu rodzinnego bądź historyczne dzieje i są silnie zakorzenione, przybierając ponadczasowy charakter stają się regułami. **Reguły** z kolei definiowane są jako „wzory interakcji, które definiują granice dopuszczalnego i stosowanego zachowania w rodzinie" (M. Plopa 2011, s. 18). Przyczyniają się one do utrzymania stałości systemu rodzinnego poprzez definiowanie ról poszczególnych jego członków oraz odzwierciedlenie jego wartości (M. Plopa 2011, s. 18).

wskazuje na istotność poszukiwania źródeł przemian w rodzinie poza nią, czyli w społeczeństwie. Druga koncepcja, podmiotowa, której czołowym przedstawicielem był T. Parsons, wskazuje, że źródeł przemian należy poszukiwać w samym systemie rodzinnym. Trzecia koncepcja została krótko przedstawiona w głównym wątku niniejszej pracy (L. Dyczewski 1981).

Na rodzinę często wywierają wpływ tzw. **metareguły**, czyli reguły o regułach. Ich istotność wynika z faktu, że, jak wskazuje Mieczysław Plopa, „działając, modyfikują i doskonalą reguły rodziny, określają dopuszczalne i stosowne zachowania" (M. Plopa 2011, s. 19). O ile na jawne i ukryte reguły członkowie rodziny mają jakiś wpływ, o tyle na metareguły już nie.

Nawiązując do reguł oraz metareguł rozumianych na bazie powyższych definicji, należałoby odnieść się, w kontekście alkoholizmu jednego z członków systemu rodzinnego, do zjawiska międzypokoleniowej transmisji[51] alkoholizmu, które zakłada, że „bezpośrednią przyczyną negatywnych wzorów picia alkoholu w kolejnych pokoleniach jest nie tyle sam w sobie alkoholizm rozumiany jako chemiczne uzależnienie któregoś z rodziców, bądź dziadków, ile raczej dysfunkcyjna dynamika rodziny z problemem alkoholowym" (A. Kacprzak 2011, s. 78-79). Chodzi o powielanie wzorów funkcjonowania, które nie ograniczają się wyłącznie do zachowań bezpośrednio korelujących ze spożywaniem alkoholu, ale także tych, pośrednio mających z nimi związek (np. międzypokoleniowe powielanie przekonań w rodzinie dotyczących konsumpcji alkoholu- np. mężczyźni mają prawo sporo wypić, z kolei kobietom to nie przystoi, bądź specyficzne, zakorzenione wzory podejmowanych interakcji pomiędzy poszczególnymi członkami systemu rodzinnego) (B. E. Robinson 1998, s. 234). Warto zaznaczyć, że w międzypokoleniowej transmisji alkoholu mówi się o dwóch podstawowych grupach czynników: genetycznych oraz środowiskowych, jednak wciąż nie ma jednoznacznej odpowiedzi, które odgrywają decydującą rolę[52] (A. Kacprzak 2011, s. 78-79).

[51] W literaturze przedmiotu mówi się o czterech podejściach psychologicznych traktujących o transmisji międzypokoleniowej: ujęciu psychodynamicznym, ujęciu socjolobiologicznym, teorii społecznego uczenia się oraz podejściu kontekstualnym oraz systemowym. Ujmując ogólnikowo, **ujęcie psychodynamiczne** podkreśla, że przyczyn podobieństw wewnątrzrodzinnych należy doszukiwać się w mechanizmie introjekcji, identyfikacji, idealizacji bądź symbolizacji; **ujęcie socjobiologiczne** wskazuje na ujmowanie transmisji międzypokoleniowej jako zasadniczego mechanizmu adaptacyjnego; **teoria społecznego uczenia się** wskazuje na istotność uczenia się uwarunkowanego przez naśladowanie oraz obserwowanie rodziców będącymi modelami; **podejście kontekstualne i systemowe** wskazuje na istotność ujmowania jednostki w kontekście jej relacji z ludźmi z otoczenia zewnętrznego (M. Farnicka, H. Liberska 2014, s. 192-195). Każde z wymienionych ujęć inaczej może tłumaczyć międzypokoleniową transmisję alkoholizmu. Pisząc o **międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu** wskazuje się, że „bezpośrednią przyczyną odtwarzania negatywnych wzorów picia alkoholu w kolejnych pokoleniach jest nie tyle sam w sobie alkoholizm rozumiany jako chemiczne uzależnienie któregoś z rodziców, bądź dziadków, ile raczej dysfunkcyjna dynamika rodziny z problemem alkoholowym. Inaczej ujmując, powielanie wzorów mogące obejmować nie tylko specyficzne zachowania związane stricte ze spożywaniem alkoholu, ale także zachowania w postaci reakcji na sposoby picia członków środowiska rodzinnego" (A. Kacprzak 2011, s. 78-79). Traktując problematykę alkoholizmu szeroko, nie ograniczając się wyłącznie do ujęcia genetycznego, z pewnością istnieją określone czynniki, wzory zachowań, które mają wpływ na występowanie w danej rodzinie od pokoleń problemów alkoholowych, mimo, że w innym systemie rodzinnym, mimo ich pojawienia się, może nie dochodzić do rozwinięcia u jednostki choroby alkoholowej.

[52] Badania dotyczące przyczyn uzależnienia były szeroko prowadzone przez wielu badaczy. Można przy tym nawiązać do tych realizowanych na bliźniętach jedno- i dwujajowych, w których wskazano, że w przypadku bliźniąt monozygotycznych, gdzie jedno z nich było uzależnione od alkoholu, w przypadku drugiego częstotliwość wystąpienia choroby alkoholowej jest większa, aniżeli w przypadku bliźniąt dizygotycznych (A. Kościan 2011, s.

Podsumowując, każdy system rodzinny wykształca własny zestaw reguł, które są jemu niezbędne do wykonywania określonych zadań i które równocześnie kształtują wzory interakcji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Mieczysław Plopa, w swojej książce zatytułowanej „*Psychologia rodziny: teoria i badania*", dokonuje kategoryzacji i osobnego opisu specyfiki zadań i strategii rodziny w kontekście jej tożsamości, granic oraz utrzymania określonego statusu swoich członków i jej spójności (M. Plopa 2011, s. 21-30). Mam świadomość istotności stosowania określonych reguł i wykonywania zadań w rodzinie dla jakości jej funkcjonowania jako całości oraz poszczególnych jej członków, jednak w niniejszej pracy ta kwestia nie zostanie opracowana osobno, ponieważ w dalszych podrozdziałach zostaną dokonane bardziej szczegółowe nawiązania do zagadnienia związanego z funkcjonowaniem systemu alkoholowego.

Ekwifinalność, ekwipotencjalność, homeostaza rodzinna, sprzężenia zwrotne, triangulacja

Istotnymi elementami każdego systemu rodzinnego są zjawiska **ekwipotencjalności** oraz **ekwifinalności**. Pierwsze z nich wskazuje, że przyczyny, które pochodzą z tego samego źródła mogą dać różne rezultaty, z kolei ekwifinalność mówi o tym, że wychodząc z różnych źródeł, można uzyskać te same rezultaty. Zasady te wskazują, że wszystkie zjawiska zachodzące w rodzinie mają charakter cyrkularny i nie można ich interpretować przyczynowo-skutkowo (L. Drożdżowicz 1999, s. 11). Stąd dla zrozumienia problemów dynamiki funkcjonowania konkretnego członka systemu alkoholowego nie można ograniczać się wyłącznie do analizy jego relacji z jedną osobą, ale należy odnieść się do szerszego kontekstu (funkcjonowania całej rodziny, relacji, w jakie wchodzi w innych systemach społecznych). W konsekwencji problemy w funkcjonowaniu dorosłego dziecka alkoholika w systemie rodzinnym nie mogą być analizowane bez odniesienia się zarówno do jego relacji z członkami utworzonej przez siebie rodziny, jak również rodziny pochodzenia.

Ekwipotencjalność i ekwifinalność częściowo wskazują na istnienie kolejnej zasady w każdym systemie rodzinnym- **zasady sprzężeń zwrotnych**, która już częściowo została opisana przy wskazaniu na spectrum rozumienia rodziny w ujęciu systemowym. Otóż zasada sprzężeń zwrotnych oznacza, że jakakolwiek zmiana, która dotyczy jakiegoś elementu systemu wpływa także na inne jego elementy oraz odwrotnie (A. Margasiński 2011, s. 33). W

6). Wskazuje się także, że alkoholizm występuje nawet ośmiokrotnie częściej u synów ojców uzależnionych, aniżeli u pozostałych osób (W. Bołoz 1998, s. 87). Istnieją także badania odnoszące się do dopaminy oraz serotoniny czy dehydrogenazy aldehydowej (J. W. Kalat 2006, s. 459-460; W. Jelski, B. Grochowska-Skiba, M. Szmitkowski 2007, s. 226-230). Podkreśla się również istotność psychologicznego aspektu uzależnień, który rozpatrywany jest w płaszczyźnie wielu różnych nauk, a o którym już pokrótce pisałam.

konsekwencji choroba alkoholowa jednego z członków systemu alkoholowego oddziaływać będzie na funkcjonowanie dziecka, ale także i odwrotnie- dziecko w pewnym stopniu również będzie oddziaływało na zachowanie osoby uzależnionej.

Sprzężenia zwrotne charakteryzują się silną złożonością, ponieważ są wielostronne, skomplikowane i trudne do zauważenia przez postronnego obserwatora i tym samym także dla poszczególnych członków rodziny, ponieważ obejmują zarówno percepcję, jak również potrzeby, komunikację, emocje- wszystkie te elementy, które częściowo pozostają nieświadome (A. Margasiński 2011, s. 33-34).

Wyróżnia się zarówno **sprzężenia zwrotne ujemne** (negatywny feedback), jak również **sprzężenia zwrotne dodatnie** (pozytywny feedback). Pierwsze pełnią funkcję stabilizatorów, wzmacniając określone zachowania, nie dopuszczając do zmian i broniąc rodzinę przed dezintegracją, z kolei te drugie wywołują zmiany w systemie rodzinnym, modyfikację dotychczasowych ról oraz adaptację nowych informacji. Nadmiar sprzężeń zwrotnych ujemnych powoduje usztywnienie systemu oraz zaburza jego zdolności adaptacyjne (A. Margasiński 2011, s. 34; E. Kornacka-Skwara 2013, s. 173).

Zachowanie odpowiedniej równowagi pomiędzy sprzężeniami zwrotnymi dodatnimi oraz ujemnymi zapewnia homeostazę między rodziną a środowiskiem. Pojęcie **homeostazy** po raz pierwszy zostało wprowadzone przez D. Jackson, by określić mechanizm, który ma za zadanie utrzymać stabilność w rodzinie. Dzięki jego działaniu wszelkie próby zaburzenia stabilności rodziny, które byłyby podejmowane przez któregokolwiek z jej członków albo przez osoby spoza jej kręgu, spotkają się ze zdecydowanym sprzeciwem pozostałych członków w celu przywrócenia lub zachowania równowagi (M. Radochoński 1998, s. 92). Homeostaza w tradycyjnym ujęciu utrzymuje tożsamość rodziny za pośrednictwem opierania się naciskom z zewnątrz (W. Świętochowski 2014, s. 38). Niektórzy badacze zjawisko homeostazy odnosili do struktury rodziny, pisząc, że dążenie systemu do stałości jest dążeniem do stabilizacji własnej struktury. Określone to zostało pojęciem morfostazy (L. Drożdżowicz 1999, s. 15), którego definicja zostanie przytoczona w dalszej części pracy.

W ramach działania mechanizmu homeostazy funkcję regulatora może stanowić objaw zaburzeń jednego z członków systemu (M. Radochoński 1998, s. 92). Przykładem może być funkcjonowanie Kozła ofiarnego w rodzinie alkoholowej, który swym destrukcyjnym zachowaniem skupia na sobie uwagę równocześnie odwracając uwagę pozostałych członków rodziny od prawdziwego problemu- choroby alkoholowej. Tym samym staje się on jedną z osób utrzymujących system w homeostazie.

Podsumowując, w każdej rodzinie dochodzi do korelacji pewnych zjawisk i sytuacji, które zarówno mogą powodować jej dezorganizację, jak również utrzymywać stabilność. Często, w zależności od potrzeb poszczególnych członków, ich doświadczeń i zasobów, rodzina sama nadaje dynamikę i kierunek zmianom, jakie w niej zachodzą oraz temu, jak potrafi się do nich przystosować. Niemniej jednak każdy system społeczny dąży do utrzymania homeostazy niezależnie od tego, jaka będzie jej specyfika (w rodzinach normatywnych homeostaza będzie rozumiana jako stabilność, komunikacja poszczególnych członków, tendencja do stałości i zmiany, czyli elastyczność przystosowawcza, z kolei w rodzinach, w których pojawiają się permanentnie problemy, homeostaza może być rozumiana jako brak tendencji do zmiany zaistniałej sytuacji- „wspieranie" alkoholika w trwaniu choroby alkoholowej, a pozostałych członków systemu w funkcjonowaniu w swych rolach).

Zjawisko triangulacji

Murray Boven był pierwszą osobą, która rozpowszechniła w literaturze pojęcie „triangulacji". Wspomniany autor wyszedł z założenia, że traktowanie stanów chorobowych występujących w rodzinie jako wyodrębnionej z kontekstu patologii utrudnia, bądź nawet uniemożliwia, ich zrozumienie w kontekście nieudanej adaptacji systemu do nowej sytuacji rodzinnej, w jakiej się znalazł. Na bazie takiego pojmowania funkcjonowania rodziny, odwołując się do przykładu rodziny alkoholowej, konsumpcja alkoholu przez jednego z jej członków początkowo będzie adaptacją do emocjonalnego przeciążenia sytuacją, w której się znajduje. Z biegiem czasu stanie się poważnym problemem. W konsekwencji podkreśla się, że objawy (czyli nadmierna konsumpcja alkoholu) mogą być wyolbrzymionymi mechanizmami adaptacyjnymi (równocześnie nie podważając, że alkoholizm jest poważnym problemem) (I. Kołbik 1999, s. 31).

Murray Bowen wskazuje także, że we wszystkich relacjach międzyludzkich występuje potrzeba autonomii oraz fuzji. Są one zakorzenione w instynktownych popędach każdej jednostki i nigdy nie pozostają statyczne. Funkcjonowanie człowieka jest zdeterminowane zarówno intelektualnie, jak i emocjonalnie. W przypadku równowagi działania tych dwóch systemów dana osoba ma możliwość wyboru pomiędzy funkcjonowaniem na podstawach obiektywnych, czyli inaczej intelektualnych, bądź subiektywnych - emocjonalnych. Dzieje się tak w momencie, gdy człowiek jest zrelaksowany, jednak w sytuacjach lękowych bądź stresujących myślenie jednostki zostaje zdeterminowane emocjonalnie- może wówczas dojść do fuzji systemu racjonalnego z emocjonalnym, a w konsekwencji wyeliminowania myślenia racjonalnego na rzecz emocjonalnego, który przeniknie wszelkie aspekty życia jednostki.

Wówczas dana osoba może nigdy nie myśleć na poziomie obiektywnym i w rezultacie działać prawie całkowicie uczuciowo (I. Kołbik 1999, s. 33).

Kluczową własnością systemu rodzinnego, w ujęciu Murraya Bowena, jest poziom dyferencjacji Ja, który może przebiegać zarówno na poziomie interpersonalnym, jak również intrapsychicznym. Osoby, które mają dobrze zróżnicowane własne Ja, potrafią zarówno dokonywać obiektywnych ocen, jak również kontaktować się z własnymi uczuciami (K. Kaleta 2011, s. 144).

Poziom dyferencjacji Ja wyznacza także rodzaj granic[53] ustanawianych pomiędzy poszczególnymi jednostkami w rodzinie, jak również rodzaj granic, jakie indywiduum wystosowuje wobec innych osób, z którymi wchodzi w relacje. W rezultacie, wszystkie wyżej wymienione procesy będą rzutowały na rozwój fundamentalnych potrzeb jednostki związanych z umiejętnością indywiduacji, „czyli określania i formowania się tożsamości osoby - decydującym o jej poczuciu własnego Ja" (F. B. Simon, H. Stierlin 1998, s. 8), jak również bycia z kimś/„przynależenia" do kogoś. W konsekwencji w każdym systemie rodzinnym powinna zachodzić równowaga pomiędzy bliskością a autonomią- procesy wiązania i odsuwania powinny się równoważyć (F. B. Simon, H. Stierlin 1998, s. 8).

Nieudana dyferencjacja Ja doprowadza do trzech możliwych sytuacji: niepowodzenie w procesie indywiduacji skutkujące nadmierną zależnością od drugiej osoby (hipoindywiduacja); nadmiernym oddzieleniem od innych osób (hiperindywiduacja); skrajnym oscylowaniem pomiędzy hipo- i hiperindywiduacją (K. Kaleta 2011, s. 145).

Należy podkreślić, że im dyferencjacja Ja jest słabsza i większa jest fuzja członków systemu rodzinnego, tym wyższa staje się tendencja do tworzenia trójkątów w rodzinie, a konkretniej - powstawania **triangulacji**. Dotyczy ona, jak wskazuje nazwa, relacji trojga osób, w diadzie której poziom napięcia oraz stresu osiągnął tak wysoki poziom, że zostały przeniesione na osobę trzecią. Celem powstania triangulacji jest zneutralizowanie uczuć o wydźwięku pejoratywnym, które pojawiły się pomiędzy dwojgiem osób (K. Kaleta 2011, s. 149). Struktura triady może składać się z rodziców oraz dziecka, bądź rodziców i dziadków, bądź rodzica, dziadka i dziecka, jednak za typową triadę uznaje się tę złożoną z dziecka, matki oraz peryferycznego ojca (B. Józefik 1999, s. 72). Dysfunkcyjny trójkąt charakteryzuje się tym, że partnerzy go współtworzący nie są pewni własnego związku, z kolei w trójkącie funkcjonalnym - odwrotnie (V. Satir 2000, s. 86).

[53] Specyfika dotycząca granic w rodzinie zostanie szerzej poruszona w dalszej części pracy.

Specyfika tworzenia się triady może polegać na włączeniu w diadę jednostki, u której zostają wyolbrzymione, bądź nawet wymyślone, objawy chorobowe, tylko dlatego, by koncentracja skłóconych partnerów została skierowana nie na problem, który istnieje pomiędzy nimi, ale na inny, który jest poza ich granicami. W konsekwencji nie muszą oni rozwiązywać konfliktu, który jest dla nich bardzo trudny lub też nie muszą konfrontować się z własnymi frustracjami, emocjami. Co więcej, troska o „chore", „słabe" dziecko (najczęściej to dziecku zostaje nadana rola jednostki, którą należy objąć opieką) zbliża partnerów ku sobie. Korzyści, jakie członkowie diady uzyskują dzięki takiej relacji, wzmaga podtrzymywanie objawów chorobowych u osoby triangulowanej (K. Kaleta 2011, s. 149-150).

Może także zaistnieć sytuacja, w której zawarcie koalicji jednego z partnerów z diady małżeńskiej z dzieckiem powoduje zmianę równowagi tej diady. W konsekwencji mamy do czynienia z istnieniem dwóch pozycji w trójkącie- insidera oraz outsidera. Każdy z uczestników interakcji uzyskuje pewne profity z powstania trójkąta- outsider odczuwa ulgę, ponieważ może wycofać się z konfliktowej sytuacji, drugi partner, poprzez uwikłanie osoby trzeciej w konflikt, może uzyskać wsparcie sojusznika, z kolei osoba trzecia zyskuje władzę dzięki temu, że staje się równoprawnym członkiem układu (K. Kaleta 2011, s. 150).

Jeżeli w diadzie istnieje silna tendencja, by być razem, wówczas pojawia się także znaczny lęk i istnieje zwiększone prawdopodobieństwo, że w danym systemie rodzinnym powstanie trójkąt, z kolei redukcja emocjonalnej reaktywności oraz lęku mogą doprowadzić do wygaszenia aktywności w granicach trójkąta (I. Kołbik 199, s. 36). Powstawanie trójkątów w ramach systemu rodzinnego zaburza funkcjonowanie poszczególnych jego członków i znacznie utrudnia, bądź nawet uniemożliwia rozwiązanie konfliktu, jaki pojawił się w diadzie. Niekiedy zdarza się jednak tak, że dany trójkąt zamiast zredukować poziom napięcia pojawiającego się w diadzie, doprowadza do jego zwiększenia. W konsekwencji może dojść albo do ożywienia relacji między partnerami, albo poszukiwania pomocy osoby z zewnątrz (K. Kaleta 2011, s. 150).

Duży wkład w rozumienie zaburzeń występujących w rodzinie w nawiązaniu do płaszczyzny wiązania i separacji miał Stierlin, który wskazał na istnienie dwóch rodzajów sił w rodzinach: **dośrodkowych i odśrodkowych** obrazujących dwa wzorce separacji dzieci od rodziców. Najkrócej można powiedzieć, że w konsekwencji przewagi działania sił dośrodkowych dochodzi do zahamowania oddzielania się młodego człowieka od rodziny, z kolei w konsekwencji przewagi działania sił odśrodkowych dochodzi do minimalizowania przez młodego człowieka wartości rodziny na korzyść usamodzielniania się. Przewaga któregoś z wymienionych procesów niesie za sobą ryzyko zaburzeń rozwoju adolescenta. W przypadku

wiązania może ono odbywać się na poziomie którejś z trzech płaszczyzn: afektywnej (wiązanie przez id), lojalnościowej (wiązanie przez superego), poznawczej (wiązanie przez ego)[54] (A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska 2010, s. 84-85).

Powyżej zostały wystosowane podstawowe i najistotniejsze kwestie odnoszące się do specyfiki dynamiki procesów istniejących w rodzinie i możliwych zagrożeń wynikających ze skrajnej ich dysharmonii. Przewaga działania sił dośrodkowych nad odśrodkowymi i odwrotnie, dyferencjacja Ja będą zaburzały rozwój jednostki oraz całego systemu i jego homeostazy. Powyższe zjawiska charakteryzują także rodzaj granic, jakie występują pomiędzy poszczególnymi członkami systemu rodzinnego, a w konsekwencji także całego systemu wobec innych systemów społecznych. Stąd istotne jest, aby w analizie funkcjonowania rodziny zwrócić także uwagę na to, jakie granice ona zarysowuje, ponieważ może dać to lepszy ogląd specyfiki zjawisk w niej występujących.

Granice w systemie rodzinnym

Każdy system rodzinny oraz jego członkowie dookreślają odpowiednie granice, które wyznaczają stopień ich autonomii pomiędzy sobą oraz całej rodziny z innymi systemami społecznymi, przepływ informacji pomiędzy nimi, rodzaj podejmowanej aktywności oraz zapewniają jej intymność (Radochoński 1987; M. Ryś 2011, s. 66).

Każdą rodzinę charakteryzują zarówno **granice zewnętrzne,** jak i **granice wewnętrzne**. Te pierwsze służą oddzieleniu jej od innych systemów społecznych, wyznaczają stopień przepływu informacji pomiędzy nią a innymi systemami, umożliwiają jej także komunikację z nimi oraz współpracę (W. Świętochowski 2014, s. 27-28). W prawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym granice zewnętrzne są elastyczne, co oznacza, że rodzina zachowuje harmonię pomiędzy własną intymnością i autonomią (zapewniając sobie tym samym zachowanie odrębnej i unikatowej tożsamości i umożliwiając samodzielną i wewnętrzną

[54] Gdy dochodzi do **wiązania w płaszczyźnie afektywnej, przez id**, dokonywane jest rozbudowywanie potrzeb zależnościowych dziecka. Mimo pozornie wystosowywanych przez rodzica działań wspierających, są one nieadekwatne do wieku rozwojowego jednostki, infantylizują ją i odzwierciedlają występowanie ukrytych sił dośrodkowych. **Wiązanie w płaszczyźnie poznawczej, przez ego**, koreluje z zaburzeniami zróżnicowanego samospostrzegania. Szczególnie można ją zauważyć w sytuacjach, w których pojawia się tzw. wspólna rodzinna percepcja, którą można scharakteryzować w kategoriach braku możliwości widzenia otaczającej rzeczywistości inaczej, aniżeli widzi ją rodzina. Dochodzi wówczas u dziecka do pojawienia się trudności w rozpoznawaniu własnych potrzeb i określeniu tego, kim jest. **Wiązanie w płaszczyźnie lojalności, przez superego**, „charakteryzuje się uruchamianiem silnego poczucia obowiązku w stosunku do ważnych osób z rodziny, a w przypadku utrudnień w realizacji owych obowiązków - wzbudzaniem głębokiego poczucia winy" (A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska 2010, s. 86). Wówczas u jednostki występuje poczucie winy w przypadku podejmowania nawet najmniejszych prób separacji od rodziców bądź osób pełniących funkcje rodzicielskie (A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska 2010, s. 85-86). Wszystkie wyróżnione wyżej wiązania znacznie utrudniają funkcjonowanie jednostki oraz konstruktywną realizację przez nią zadań rozwojowych.

komunikację) a uczestniczeniem w szerszych kręgach społecznych. W nieprawidłowo funkcjonującym systemie rodzinnym granice są albo rozmyte (nadmierna ingerencja w system rodzinny osób z zewnątrz np. dziadków, wujków, sąsiadów itd.), albo nieprzepuszczalne, powodując izolację rodziny (M. Ryś 2011, s. 66; M. Plopa 2011, s. 52-53). W jednym i w drugim przypadku dochodzi do zaburzenia funkcjonowania systemu rodzinnego, a w konsekwencji także poszczególnych jego członków.

Granice wewnętrzne występują wewnątrz systemu rodzinnego- pomiędzy jego członkami oraz podsystemami z nich utworzonymi. Granice słabe, niewyraźne oraz przepuszczalne charakterystyczne są dla rodziny, w której dochodzi do silnych wiązań pomiędzy jej członkami, a w konsekwencji powstawania symbiotycznych[55] relacji, nie dając szansy na rozwój indywidualny. Są to rodziny, w których nie szanuje się rozwoju indywidualności i autonomii jednostki (M. Plopa 2011, s. 25-26). Konsekwencją występowania takich granic mogą być, przedstawione uprzednio w pracy, wiązania jednostki w którejś z trzech płaszczyzn- id, ego bądź superego. Z kolei granice sztywne bardzo utrudniają, a niekiedy uniemożliwiają, wymianę komunikatów pomiędzy członkami rodziny (W. Świętochowski 2014, s. 26-30).

Z kolei, gdy rodzina wykazuje tak zwane „wolne" granice wewnętrzne „strategia systemu sprowadza się do popierania wyrażania autonomii" (M. Plopa 2011, s. 26). Jej członkowie będą motywowali jednostkę do eksploracji jej autonomii i indywidualności. Zachęcają oni siebie do samodzielności, w której nie wystąpi daleko oczekiwana pomoc czy wsparcie ze strony pozostałych członków rodziny (M. Plopa 2011, s. 26).

Odwołując się ponownie do zadań, strategii oraz reguł w nawiązaniu do granic w systemie rodzinnym należy nadmienić, że każda rodzina wykonuje zadania poprzez podsystemy w nim funkcjonujące, które, w zależności od sytuacji występującej w rodzinie, zmieniają się (raz dane zadania wykonuje podsystem matka- córka, innym razem matka- ojciec albo ojciec- córka itd.). Jednak reguły odnoszące się do tego, kto partycypuje w określonym podsystemie, wyznaczają właśnie granice danego podsystemu (A. Margasiński 2011, s. 35).

[55] **Symbioza** jest pojęciem stosunkowo szerokim stosowanym zarówno w biologii, jak i w psychologii. W tej drugiej dyscyplinie naukowej symbioza była terminem podejmowanym zarówno przez Ericha Fromma, Margaret Mahler, jak również Martin Dornes. Najogólniej można przyjąć, że termin ten oznacza współistnienie z drugą osobą, zespolenie z nią, a jak twierdzi Erich From, „zespolenie własnego »ja« z drugim »ja« (albo z jakąś inną siłą zewnętrzną w stosunku do własnego »ja«), by każde z nich zatraciło swą integralność i stało się całkowicie zależne od drugiego)" (E. Fromm 2011, s. 156). Istnieje konstruktywna i destruktywna forma symbiozy. W konsekwencji należy nadmienić, że symbioza jest także czymś niezbędnym dla rozwoju jednostki. Niemniej jednak jedynie w określonych jej (danej osoby) etapach rozwojowych (F. Ruppert 2012, s. 62-80). W niniejszej pracy zostało dokonane odniesienie do symbiozy destruktywnej.

W rodzinach, w których **granice zewnętrzne** są otwarte, członkowie preferują niemal nieskrępowaną wymianę informacji z innymi systemami społecznymi, umożliwiając im tym samym wgląd w swoje prywatne życie. W konsekwencji reguły, zadania i strategie w takiej rodzinie, w odniesieniu do jej komunikacji z innymi systemami społecznymi, nie będą ściśle ustrukturyzowane i silnie naznaczone. Z kolei w rodzinach, w których granice zewnętrzne są zamknięte, dochodzi do izolacji własnego systemu od innych systemów społecznych. Strategie i reguły rodzinne są ukierunkowane na utrzymanie stabilności, a wręcz ścisłej odrębności od innych systemów społecznych (M. Plopa 2011, s. 25).

Zarówno granice wewnętrzne jak również granice zewnętrzne w systemie rodzinnym, wyznaczają specyfikę strategii i zadań, które są realizowane w jej ramach, a w konsekwencji wskazują na dynamikę funkcjonowania poszczególnych jej członków oraz jej jako całości. W konsekwencji zarówno granice systemu rodzinnego, jak również sposób funkcjonowania poszczególnych członków rodziny, korelują z jakością ich funkcjonowania oraz sposobem zaspokajania własnych pragnień i potrzeb. Granice nadmiernie otwarte mogą prowadzić do braku poczucia przynależności poszczególnych członków systemu rodzinnego wobec siebie wzajemnie i wobec rodziny. Mogą również powodować utratę unikatowości danego systemu rodzinnego. Z kolei granice nadmiernie zamknięte prowadzić mogą do znacznych zaburzeń w rozwoju jednostek, utraty ich autonomii oraz możliwości rozwoju indywidualnego. W konsekwencji najkorzystniejsze dla całej rodziny oraz poszczególnych jej członków będą granice półprzepuszczalne, w których możliwa jest intymność oraz bliskość poszczególnych jej członków z równoczesnym poszanowaniem ich indywidualności i autonomii. Taki rodzaj granic wymaga stosowania takich strategii i reguł, które będą „dostosowywane do rozwojowych zmian w zakresie potrzeb i kompetencji poszczególnych członków systemu" (M. Plopa 2011, s. 26). Jednak zachowanie takiej równowagi nie jest łatwym zadaniem i nie zawsze udaje się rodzinie ją zachować.

Granice wewnętrzne oraz zewnętrzne w systemie alkoholowym - główne założenia teoretyczne

Rodzina alkoholowa jest systemem niezwykle chaotycznym i nieprzewidywalnym, w którym trudno mówić o stabilności oraz poczuciu bezpieczeństwa. Wynika to z funkcjonowania zarówno alkoholika, którego rozdwojenie i rozproszenie granic Ja stają się jednymi z kluczowych[56] elementów nieprzewidywalności zachowań, z drugiej strony jest to

[56] Należy podkreślić, że rozdwojenie i rozproszenie granic Ja zostało określone jako „jeden z kluczowych elementów", jednak nie jedyny, który stanowi o zachowaniu uzależnionego. Na jego funkcjonowanie składa się także wiele innych czynników (np. kontekst sytuacyjny, relacje z innymi osobami, indywidualne sposoby

konsekwencją silnie zakorzenionych schematów funkcjonowania, także poszczególnych jego członków (przede wszystkim partnerki uzależnionego). W związku z czym w rodzinie alkoholowej poszczególne jednostki żyją w dużym lęku i obawach o to, co przyniosą najbliższe godziny. Często także z powodu wstydu nie potrafią zwrócić się po pomoc ani podzielić się z innymi swoimi problemami. Funkcjonują zamknięci w swoim świecie i boją się zmian, ponieważ każda zmiana wymusza przeformułowanie funkcjonowania systemu na rzecz dostosowania się do zaistniałej, nowej sytuacji. W świecie, w którym względnie poszczególni członkowie są „przystosowani" do warunków, z jakimi mają do czynienia, każda zmiana wywołuje często obawę przed zachwianiem równowagi systemu.

Mówiąc o granicach w rodzinie alkoholowej z pewnością można napisać o ich niejasności i rozmyciu- w kontekście granic wewnętrznych, z kolei o sztywności i zamknięciu granic zewnętrznych. W przypadku tych pierwszych wskazuje się na silną współzależność poszczególnych jednostek, wiązania, jakie dokonują się między nimi (szczególnie pomiędzy dziećmi a rodzicami oraz uzależnionym i jego partnerką). W konsekwencji znacznie utrudniony jest rozwój autonomii poszczególnych członków, ich odrębnych tożsamości na rzecz tak zwanych fałszywych tożsamości[57]. Członkowie rodziny funkcjonują jak jeden organizm, w którym nie ma miejsca na odrębność i indywiduację, ponieważ zagraża to zachowaniu *status quo* rodziny. Ponadto panuje duże zamieszanie dotyczące odpowiedzialności, funkcji, jak również realizowania zadań przypisanych określonej roli wśród członków systemu rodzinnego. W rezultacie rodzina alkoholowa może być nazywana także rodziną „splątaną" (M. de Barbaro 1999, s. 48).

Funkcjonowanie systemu alkoholowego oraz niemal każdej rodziny splątanej, w której granice są naruszone i niejasne (M. Plopa 2011, s. 53), charakteryzuje tworzenie się w ramach jej podsystemów triangulacji oraz powstawania **koalicji**[58], które mogą przybierać różne formy. Salvador Minuchin wyróżnia koalicje stabilne oraz koalicje przemieszczające się. Te pierwsze charakteryzują się ustalonymi oraz sztywnymi związkami, które są dominującymi strukturami w systemie rodzinnym. Z kolei te drugie powstają wówczas, gdy poszczególni członkowie

reagowania i radzenia sobie z sytuacjami stresowymi itp.). Niemniej jednak rozdwojenie i rozproszenie granic Ja wydaje się, że najlepiej obrazuje możliwą skrajność jego funkcjonowania i reagowania wiążące się z nieprzewidywalnością zachowań (zupełnie inaczej zachowywać się będzie trzeźwy alkoholik <nie chodzi o alkoholika, który poddał się terapii, ale o uzależnionego, który wciąż boryka się z problemem, ale w określonym momencie nie poddał się intoksykacji chemicznej> od alkoholika będącego pod wpływem upojenia alkoholowego bądź alkoholika na tak zwanym „kacu").

[57] Termin „fałszywa tożsamość" zostanie szerzej przedstawiony w dalszej części pracy.

[58] Przez koalicję rozumie się taki rodzaj triangulacji w rodzinie, gdzie silna więź pomiędzy członkami określonego podsystemu jest ukierunkowana na realizację własnych celów kosztem celów innych osób bądź przeciwko nim (K. Kaleta 2011, s. 150; A. Margasiński 2010, s. 36).

systemu, chcąc zredukować napięcie obwiniają inne osoby za sytuację, w jakiej się znaleźli (A. Margasiński 2010, s. 36).

W diadzie małżeńskiej rodziny alkoholowej często dochodzi do konfliktów niezwykle trudnych do rozwiązania. Narastające napięcie, z którym nie można sobie poradzić, prowokuje do zawierania koalicji, a w konsekwencji tworzenia trójkątów rodzinnych. Często ich struktura jest stosunkowo elastyczna, co oznacza, że raz w trójkącie znajduje się matka- ojciec- córka, innym razem matka- ojciec- syn. Nie bez powodu pozostają przy tym role psychologiczne[59] odgrywane przez poszczególnych jej członków. Stąd funkcjonowanie systemu alkoholowego „wymusza" na poszczególnych jego członkach wchodzenie w określone role, celem zamaskowania istnienia prawdziwego problemu- choroby alkoholowej członka rodziny. Charakterystyką ról rodzinnych jest ich komplementarność, która ma duży wpływ na kształt struktury rodziny. Przykładem może być sytuacja, w której mąż alkoholik jest nieodpowiedzialny, w konsekwencji żona albo dziecko staje się nadodpowiedzialne (A. Margasiński 2010, s. 37).

Niejasność i rozmycie granic wewnętrznych prowadzi także do powstawania wiązań pomiędzy poszczególnymi członkami systemu rodzinnego i relacji symbiotycznych (w formie destruktywnej). Wszyscy mają funkcjonować jak jeden organizm, którego celem staje się zatuszowanie istnienia choroby alkoholowej. Ich działania mają być ukierunkowane i podporządkowane właśnie temu celowi. Rezultatem jest niezwracanie uwagi na indywidualne potrzeby poszczególnych członków rodziny, a oni sami nie mają możliwości rozwoju swoich prawdziwych tożsamości. Nie pozostaje to bez znaczenia dla ich psychospołecznego funkcjonowania. Zachęcanie dzieci z rodzin alkoholowych do zależności, znaczne utrudnianie im osiągania autonomii i przejścia procesu separacji - indywiduacji prowadzą do wykazywania przez nie w przyszłości trudności w kontaktach z ludźmi spoza systemu rodzinnego. Często utrzymywanie fuzji pomiędzy dziećmi a rodzicami z rodziny alkoholowej powoduje jej przenoszenie przez najmłodszych także na relacje z rówieśnikami. W rezultacie relacje dzieci z rodziny alkoholowej z rówieśnikami nierzadko charakteryzują się emocjonalną nadreaktywnością oraz uwikłaniem (K. Kaleta 2011, s. 150-151).

Granice zewnętrzne rodziny alkoholowej na ogół są zamknięte i nieprzepuszczalne. Prowadzi to do utrudnionego przepływu informacji pomiędzy rodziną a innymi systemami społecznymi. Chcąc utrzymać system alkoholowy w niezmienionym stanie, dzieciom zakazuje się mówienia o problemach, z jakimi rodzina się boryka, poza jej granicami. W konsekwencji

[59] Role psychologiczne w rodzinie alkoholowej zostaną przeze mnie opisane w dalszej części pracy.

znacznie utrudniona staje się możliwość interwencji osób z zewnątrz i udzielenia jej członkom pomocy czy wsparcia.

Ścisłe zamknięcie granic zewnętrznych, a niejasność i rozmycie granic wewnętrznych wraz z konsekwencjami, jakie z tego wynikają, powodują występowanie wielu trudności w psychospołecznym funkcjonowaniu zwłaszcza dzieci z rodziny alkoholowej. Mają one znacznie utrudniony proces separacji- indywiduacji, co uniemożliwia im poznanie siebie, swoich emocji, odczuć. Rezultatem jest niezwykła trudność w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych i pracy nad nimi. Rozmycie granic wewnętrznych i rodzaj interakcji pomiędzy członkami systemu alkoholowego prowokują ich do wzajemnej zależności. Skutkiem tego jest duża trudność u dzieci wychowujących się w takiej rodzinie, w samodzielnym decydowaniu o sobie i podejmowaniu decyzji także w przyszłym, dorosłym życiu. Specyfika wchodzenia w relacje symbiotyczne zwiększa prawdopodobieństwo, że dorosłe dzieci alkoholików w podobne relacje będą wchodziły ze swoimi przyszłymi partnerami[60]. Podsumowując, rodzaj granic zewnętrznych oraz wewnętrznych rodziny alkoholowej powoduje, że w interakcjach pomiędzy jej członkami powstaje wiele niejasności, charakteryzują się one uwikłaniem i dużą dozą zależności z jednoczesnym brakiem miejsca na indywidualność i autonomię. W rezultacie problemy wynikające z takiego funkcjonowania eskalują także na relacje łączące jej członków z osobami spoza systemu rodzinnego.

Nie mów, nie czuj, nie ufaj - trzy kluczowe zasady rodziny alkoholowej

Wspomniane powyżej zamknięcie granic zewnętrznych rodziny alkoholowej powoduje emocjonalne odcięcie jej członków od systemów funkcjonujących poza jej granicami. Staje się to możliwe między innymi dzięki istnieniu w jej granicach trzech niepisanych zasad[61], które mają znacznie utrudnić zmianę sytuacji, jaka w niej występuje: nie mów, nie ufaj, nie czuj. Zostały one wyróżnione przez Claudię Black (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 63), a ich nieświadome przestrzeganie przez dzieci z rodziny alkoholowej znacznie utrudnia postronnemu obserwatorowi, znajomym, a niekiedy nawet bliskim, rozpoznać, że w danej rodzinie występuje

[60] Problematyka dotycząca relacji intymnych dorosłych dzieci alkoholików jest znacznie bardziej skomplikowana i wpływa na nią wiele różnorodnych czynników, stąd zostanie ona dokładniej poruszona w dalszej części pracy.

[61] Sharon Wegscheider - Cruse wskazuje na występowanie w rodzinach alkoholowych siedmiu reguł, które wyznaczają ich funkcjonowanie. Są to: picie alkoholu osoby uzależnionej staje się spectrum życia rodzinnego; alkohol nie jest źródłem problemów, z którymi boryka się rodzina; to, że alkoholik jest uzależniony, nie jest jego winą; należy zrobić wszystko, by utrzymać *status quo*; każda jednostka w rodzinie musi być „wspólnikiem", nie należy rozmawiać z nikim o tym, co się dzieje w rodzinie (także pomiędzy jej członkami); nie należy mówić o tym, co się naprawdę czuje (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 78-79). W swojej pracy dokonam szerszego odniesienia do zasad przedstawionych przez Claudię Black w celu lepszego zobrazowania sytuacji i funkcjonowania poszczególnych członków rodziny alkoholowej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci.

problem alkoholowy, a w konsekwencji uniemożliwia udzielenie im pomocy. W rezultacie *status quo* rodziny alkoholowej zostaje nienaruszony.

Zasada nie mów dotyczy zarówno komunikacji werbalnej pomiędzy członkami systemu alkoholowego, ale również pomiędzy nimi i osobami z innych systemów społecznych (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 79). Jej stosowanie ma uniemożliwić interwencję osób trzecich w system i w konsekwencji dezorganizację jego funkcjonowania. Częstym powodem, dla których dzieci alkoholików nie mówią głośno o sytuacji, jaka jest w domu jest strach, wstyd czy zaprzeczanie (T. L. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 1). Niemówienie o występującym w rodzinie problemie równocześnie ułatwia niekoncentrowanie się na nim i odcięcie od własnych przeżyć i stanów emocjonalnych z tym związanych. Próba prowokowania osoby uzależnionej do rozmowy na temat jej problemu najczęściej będzie kończyła się wystąpieniem u niej złości i uruchomieniem mechanizmu iluzji i zaprzeczania.

Zasada nie ufaj jest rezultatem dorastania w systemie rodzinnym, którego reakcje członków są nieprzewidywalne. Konsumpcja alkoholu przez alkoholika (bądź jej brak) stanowią wyznacznik jego zachowania oraz zachowania pozostałych domowników. Danego dnia, w danej sytuacji dziecko zostaje surowo ukarane za to, co zrobiło, innego dnia to samo zachowanie zostaje zignorowane. Dlatego w rodzinie alkoholowej często można spotkać się z dychotomicznym podejściem wobec zachowań jej członków- albo wszystko jest bardzo dobrze, albo bardzo źle. Powoduje to brak wytyczenia dziecku jasnych granic dopuszczalnego zachowania, co prowadzi do jego dezorientacji i bycia w ciągłym emocjonalnym napięciu i czujności wobec reakcji na swoje postępowanie (W. Sztander 1997, s. 54). Należy także podkreślić, że ufać, oznacza także zbliżyć się do drugiej jednostki emocjonalnie, a jest to dla dzieci z rodziny alkoholowej bardzo trudne, ponieważ kolejną funkcjonującą zasadą jest zasada „nie czuj".

Zasada nie czuj z jednej strony znacznie ułatwia dzieciom przetrwanie najtrudniejszych momentów dorastania w rodzinie alkoholowej, z drugiej strony znacznie zaburza ich indywidualny rozwój (W. Sztander 1997, s. 55). Niniejsza zasada odnosi się nie tylko do uczuć o wydźwięku pejoratywnym, ale także tych o wydźwięku pozytywnym. Młoda osoba z rodziny alkoholowej ma bardzo ograniczone możliwości radzenia sobie z trudnymi, traumatycznymi przeżyciami. Łatwiej jest jej odciąć się od przeżywania niezwykle trudnych emocji, ponieważ inaczej dziecko mogłoby sobie z nimi nie poradzić. Możliwość odczuwania i eskalacji emocji o wydźwięku pejoratywnym jest w rodzinie alkoholowej zabroniona, ponieważ mogłoby to doprowadzić do otwartego ujawnienia tak intensywnie tuszowanego problemu- choroby alkoholowej członka rodziny, a w konsekwencji zaburzenia jej homeostazy.

Konsekwencją takiego postępowania jest z jednej strony, to co już zostało powyżej wspomniane, możliwość przetrwania najtrudniejszych chwil, a ceną jest zahamowany rozwój emocjonalny, trudności w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych w przyszłości i konstruktywne radzenie sobie z nimi. Jak podaje Anna Kozłowska, „przejście na wyższy poziom rozwoju zależy od wcześniejszych etapów, od tego, co dziecko doświadczyło i przeżyło w okresie poprzedzającym" (A. Kozłowska 1984, s. 26). W rezultacie dziecko alkoholika, dorastając w bardzo trudnych emocjonalnie warunkach, gdzie nie ma miejsca na eskalację swoich prawdziwych emocji, własne trudności będzie także przenosiło na inne płaszczyzny swego życia i funkcjonowania. Trafnie podaje S. Gerstman: „istnieje niewątpliwy fakt przenoszenia się zaburzeń emocjonalnych powstałych w życiu rodzinnym na zachowanie ucznia w szkole" (S. Gertsman 1956, s. 142)[62]. „Zamrożenie" swoich uczuć, czyli aleksytymia[63], która często łączona jest z powstawaniem chorób psychosomatycznych oraz uzależnień (nie bez powodu wskazuje się, że część dzieci z rodzin alkoholowych albo wybiera za partnera osobę uzależnioną, albo sama boryka się z uzależnieniem[64]) (E. A. Młożniak, K. Schier 2012, s. 29), może także charakteryzować funkcjonowanie dzieci alkoholików/ dorosłych dzieci alkoholików.

Powyższe zasady oraz ich konsekwencje dla funkcjonowania poszczególnych członków oraz całego systemu alkoholowego są długoterminowe i nie ograniczają się wyłącznie do okresu funkcjonowania w rodzinie alkoholowej. Nieczucie, niemówienie i nieufanie stają się płaszczyzną do zamknięcia się systemu alkoholowego na inne systemy społeczne, utrudniając tym samym możliwość interakcji z nimi i zmiany sytuacji. Co więcej, powodują, że budowanie konstruktywnych relacji pomiędzy członkami rodziny alkoholowej oraz pomiędzy nimi a osobami spoza granic ich systemu rodzinnego staje się bardzo utrudnione i skomplikowane.

[62] Problematyka dotycząca kwestii uzewnętrzniania stanów emocjonalnych i konsekwencji, jakie wynikają z zasady „nie czuj" dla przyszłego funkcjonowania dziecka z rodziny alkoholowej, zostaną poruszone szerzej w dalszych rozdziałach pracy.

[63] **Aleksytymia** rozumiana jest jako „globalne zahamowanie rozpoznawania i nazywania stanów emocjonalnych" (R. Tomalski 2008, s. 38). Twórca niniejszego pojęcia, Sifneos, wskazuje na trzy składowe aleksytymii: jednostka ma trudność w rozpoznawaniu, opisywaniu oraz identyfikowaniu emocji, jak również rozróżnianiu stanów emocjonalnych od doznań fizycznych; upośledzenie w kontekście symbolizacji, które wyraża się w ubóstwie wyobraźni; skłonność do koncentrowania się na wydarzeniach zewnętrznych aniżeli na doświadczeniach wewnętrznych (R. Tomalski 2008, s. 38).

[64] Oczywiście problematyka związana z uzależnieniami dzieci alkoholików nie jest przyczynowo- skutkowa i powiązana jedynie z ewentualnym wystąpieniem aleksytymii, ale znacznie bardziej złożona. Jak napisałam we wcześniejszych rozdziałach pracy, powstanie uzależnienia jest znacznie bardziej wieloaspektowe. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę, jak respektowanie (na poziomie nieświadomym) zasady nie czuj, może oddziaływać na późniejsze funkcjonowanie jednostki.

3.1.2. Model Petera Steinglassa rodziny alkoholowej- główne implikacje teoretyczne

Peter Steinglass jest uważany za klasyka współczesnego podejścia do problematyki uzależnienia od alkoholu. Jako pierwszy wprowadził pojęcie „system alkoholowy" w celu określenia rodziny, „w której zachowanie morfostatyczne i morfogenetyczne[65] powiązane są z uzależnieniem alkoholowym jednego z członków rodziny" (A. Margasiński 2011, s. 41). Peter Steinglass, wraz ze współpracownikami, przeprowadził sześciomiesięczne badania na trzydziestu jeden rodzinach, które borykały się z problemem alkoholowym. Skupił się w nich na interpretacji relacji pomiędzy poszczególnymi członkami systemu alkoholowego, wzorach relacji interpersonalnych, aspekcie komunikacyjnym, dystansie członków systemu, jak również wspólnie spędzanym czasie. Wnioski z jego badań wskazały na występujące różnice w poszczególnych fazach rozwoju rodziny w kontekście zmiennej określonej jako „regulacja dystansem i zmiennością treściową interakcji" (K. Gąsior 2012, s. 71). Autor ten w swej teorii odwołuje się przede wszystkim do: rodzinnej homeostazy, głębokich struktur regulacyjnych oraz obserwowalnych zachowań regulacyjnych, których specyfika zostanie opisana poniżej (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 65-85).

Homeostaza rodziny w odniesieniu do systemu alkoholowego[66]

Pierwszy raz termin „homeostaza" został użyty przez terapeutę rodzinnego Dona Jacksona, który uważał, że koncept fizjologiczny homeostazy może stanowić synonim w kontekście wyjaśniania zachowań członków systemu rodzinnego (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 64). Za główne cechy homeostatycznego modelu regulacji fizjologicznej uznał:

[65] Siła **morfogenetyczna** wiąże się z rozwojem, wzrostem, zmianą, tendencją do stawania się systemem coraz bardziej organizacyjnie złożonym, z kolei siła **morfostatyczna** (inaczej nazywana homeostatyczną) jest rozumiana zazwyczaj jako zespół mechanizmów regulacyjnych, które mają utrzymać porządek, stabilność, kontrolę funkcjonowania systemu. W odniesieniu do działania tych dwóch sił Peter Steinglass wprowadza pojęcia: zmiany oraz rozwoju. W zdrowo funkcjonujących systemach rodzinnych pojawiające się kryzysy prowadzą do zmian, które w konsekwencji owocują korzyściami dla rodziny. Jeśli pomyślnie przejdzie ona kryzys, wówczas można mówić o wzmocnieniu jej stabilności i spójności oraz pewności siebie. W rodzinach alkoholowych dochodzi jednak najczęściej do takich rozwiązań, gdzie wystosowany jest kompromis między presją, by system funkcjonował bez zmian, a potrzebą jego zmiany. Dla rodzin tych charakterystyczne jest uruchamianie mechanizmów homeostatycznych zbyt szybko, w wyniku doświadczania nawet najmniejszej zmiany. Zdarza się, że błędnie interpretują normatywne kryzysy rozwojowe odgórnie zakładając, że stanowią one zagrożenie dla ich wewnętrznej równowagi. W konsekwencji, w niemal każdej rodzinie alkoholowej potrzeba stabilności jest tak silna, że mechanizmy morfostatyczne wręcz uniemożliwiają rozwój poszczególnych członków systemu alkoholowego, jak również jego samego jako całości. Takie wstrzymywanie trwa tak długo, aż kryzysy rozwojowe będące naturalną częścią rozwoju każdej rodziny, w rodzinie alkoholowej przybierają formę poważnych kryzysów rodzinnych (A. Margasiński 2010, s. 39-40).

[66] W swojej pracy będę się odwoływać oraz wzorować na strukturze wyjaśniania funkcjonowania systemu alkoholowego na bazie teorii Petera Steinglassa przedstawionej w książce zatytułowanej „*La familia alcoholica*", napisanej zarówno przez wspomnianego autora, jak również przez L. A. Bennett, S. J. Wolin oraz D. Reiss.

- granice danego systemu zapewniają mu optymalne funkcjonowanie, w konsekwencji istnieje potrzeba utrzymania środowiska wewnętrznego w ich ramach;
- istnieją skoordynowane mechanizmy wejście- wyjście, które działają jako układ rozchodzących się pętli;
- obecne są czujniki, które kontrolują ustawicznie istotne parametry środowiskowe (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 64).

W odniesieniu do funkcjonowania każdego systemu rodzinnego zakłada się, że wadliwe działanie homeostazy może wynikać z trzech różnych przyczyn:

1) defektu czujników peryferyjnych, co oznacza, że dany system rodzinny może mieć znaczne trudności w rozpoznawaniu, a w konsekwencji także w reagowaniu na czynniki własnego środowiska wewnętrznego, gdy te „w stopniu niedopuszczalnym przekroczyły swój optymalny zakres" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 64);
2) nieskuteczności bądź niedostosowania wzorców reakcji- rodzina ma problem z konstruktywnym bądź adekwatnym reagowaniem na zaistniałe problemy, by je rozwiązać;
3) niewłaściwego skalibrowania czujników środowiskowych- niektóre rodziny stosują zbyt wąski, bądź zbyt szeroki, wachlarz ograniczeń dotyczących środowiska, by homeostatyczne systemy naprawcze miały możliwość prawidłowego działania (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 64).

Jak wskazują autorzy Peter Steinglass i in. ostatni typ wadliwego działania mechanizmu homeostatycznego charakterystyczny jest dla rodzin alkoholowych. Mechanizmy regulacyjne w tych systemach rodzinnych charakteryzują się znaczną sztywnością i w konsekwencji wystąpienia najmniejszej zmiany, są one uruchamiane zbyt szybko i prawie zawsze według utartego wzoru. Celem jest zachowanie stabilności oraz przewidywalności sytuacji w środowisku wewnętrznym. Warto podkreślić, że rodziny alkoholowe często mają duże trudności z postrzeganiem zmian rozwojowych za normatywne i często odbierają je jako destrukcyjne i zagrażające jej stabilności (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 65-66).

W konsekwencji zostaje zwiększona sztywność wobec potrzeb zarówno rozwojowych, jak i środowiskowych. Gdy dojdzie do sytuacji, w której dane potrzeby przewyższą działanie sił homeostatycznych, wówczas zazwyczaj dochodzi do rozpadu funkcjonowania systemu alkoholowego (jeśli nie na zawsze, to przynajmniej na jakiś okres) (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 65-66).

Peter Steinglass i in. wskazują na ważną cechę funkcjonowania systemu alkoholowego- **sztywność w zakresie funkcjonowania zachowań regulacyjnych**, co w konsekwencji prowadzi do wyuczonych reakcji na konkretne sytuacje nie tylko u alkoholika i jego współmałżonki, ale przede wszystkim także u dzieci dorastających w rodzinie z problemem alkoholowym, których rozwój, w pewnych obszarach, także zostaje zahamowany. Dopóki dany system rodzinny jest w stanie, na bazie wypracowanych zachowań, utrzymywać homeostazę zarówno wewnętrzną, jak również zewnętrzną, dopóty będzie istniał. Jeśli jednak taka możliwość zostaje utracona, wówczas, w najgorszym wypadku, może dojść do jego rozpadu (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 65-66).

Głębokie struktury regulacyjne systemu alkoholowego

Kolejnym istotnym pojęciem w teorii Steinglessa jest termin głębokich struktur regulacyjnych, w skład których wchodzi zarówno rodzinna tożsamość, jak również temperament rodzinny. Zostały one określone jako „głębokie", ponieważ według ich autora nie są one możliwe do bezpośredniego zauważenia. W rezultacie, można tych terminów używać jedynie w znaczeniu metaforycznym (Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 66-67).

Temperament rodziny alkoholowej

Temperament jest terminem, którego nie można jednoznacznie zdefiniować. Dla Gordona Allporta odnosi się on „do zjawisk charakteryzujących emocjonalną naturę jednostki, takich jak podatność na wzbudzenie emocjonalne, charakterystyczna dla niej siła i szybkość reakcji, dominujący nastrój, łącznie z jego specyficzną zmiennością i intensywnością, które to zjawiska zależne są od wyposażenia konstytucjonalnego i, co za tym idzie, są w przeważającej mierze dziedziczone" (G. Allport 1937, s. 54; J. Strelau 2004, s. 690). Współcześnie jednak można znaleźć definicje temperamentu wywodzące się także z biologii[67]. W odniesieniu do rodziny przez temperament rozumie się specyficzne style reagowania oraz wzory aktywności, które są charakterystyczne dla niej i wyróżniają ją spośród innych rodzin w kontekście rozwiązywania problemów czy wykonywania codziennych, rutynowych czynności (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 66).

Jak wskazuje Peter Steinglass i in., temperament rodziny stanowi wypadkową cech temperamentu jej poszczególnych członków, ale także jest to twór dopasowania ich temperamentów. W każdej rodzinie istnieją trzy zasadnicze właściwości temperamentu, które

[67] Często podkreślana jest możliwość dziedziczenia temperamentu. Wskazał na to Gordon Allport, jak również Solomon Diamond, jeden z najwybitniejszych teoretyków temperamentu w Stanach Zjednoczonych, Buss i Plomin i in. (J. Strelau 2004, s. 691).

spełniają w niej regulacyjną funkcję, dzięki ustanowieniu akceptowanych granic, w ramach których mieszczą się zachowania rodziny. Są to:

- typowy poziom energii w systemie rodzinnym- ustala granice w zakresie aktywności zachowań;
- dystans interakcyjny, który jest przez rodzinę preferowany- ustala limity przepuszczalności granic zewnętrznych oraz wewnętrznych;
- behawioralna sfera charakterystyczna dla rodziny (zakres zachowań)- „ustala granice zmienności, jaką rodzina wykazuje w swoich wzorcach zachowań interakcyjnych" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 68).

Kiedy wyżej wymienione granice zostaną zarysowane, wówczas każdy system rodzinny tworzy zbiór cech zachowań, które są rozpoznawalne oraz stanowią obserwowalne właściwości jej ukrytych cech temperamentu. W konsekwencji mówi się, że jedna rodzina charakteryzuje się sztywnością granic zewnętrznych, a przepuszczalnością i niejasnością granic wewnętrznych bądź odwrotnie; jedna rodzina wykazuje wysoki poziom energii, z kolei inna niski; jedna rodzina będzie elastyczna, czyli podatna na nowości, inna z kolei będzie sztywna (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 68).

Podobnie jest w przypadku rodziny alkoholowej, bowiem nie wszystkie osoby uzależnione, współuzależnione i ich dzieci funkcjonują dokładnie tak samo. Różnorodność ich zachowań będzie różnicowała także schematy postępowania w systemie alkoholowym oraz wymagania wystosowywane wobec ich członków. Niektóre rodziny „zaakceptują" zachowania uzależnionego i będą próbowały im sprostać, z kolei inne się sprzeciwią i zmuszą chorego do podjęcia leczenia. W przypadku tych, które dostosują sposób swojego funkcjonowania do uzależnienia członka rodziny, wskazuje się, że „temperament rodziny staje się w pełni kompatybilny ze współistnieniem danego typu (wzorca) uzależnienia alkoholowego przejawianego przez członka rodziny nadużywającego alkoholu (picie na co dzień, picie >>na umór<< w czasie imprez itd.)" (A. Margasiński 2011, s. 47; P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 68).

Tożsamość rodziny alkoholowej

Kolejnym istotnym pojęciem Petera Steinglassa w kontekście problematyki rodziny alkoholowej jest termin „tożsamość rodziny", który oznacza „subiektywne odczucie rodziny dotyczące jej ciągłości w czasie, swojej sytuacji oraz charakteru" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 71; tłum. Dorota Dolata). Odwołując się do takiego rozumienia tożsamości, należy podkreślić, że jest ona, jak podaje Andrzej Margasiński „ukrytą strukturą

kognitywną (poznawczą), zbiorem fundamentalnych przekonań, postaw i cech podzielanych przez rodzinę" (A. Margasiński 2010, s. 47).

Peter Steinglass, w odniesieniu do systemu alkoholowego wskazuje na istotny aspekt dziedziczenia z rodziny pochodzenia pewnych postaw, wartości, czy wzorców zachowań, które mają być powielane w nowo utworzonym systemie rodzinnym. Podkreśla, że owo dziedzictwo ma być miarą ciągłości, w konsekwencji „w każdym pokoleniowym okresie przejściowym, tożsamość rodziny zostaje postawiona przed jednym z trzech, zasadniczo różnych kierunków rozwoju" (A. Margasiński 2010, s. 49). Zalicza się do nich:

1. możliwość trwania w niezmienionej formie aż do kolejnego pokolenia;
2. możliwość zniknięcia wraz z przejęciem dziedzictwa współmałżonka i zinternalizowaniem go w nowo utworzonej strukturze rodzinnej lub wypracowaniem całkowicie nowej i odmiennej tożsamości rodziny;
3. możliwość zmieszania się z aspektami tożsamości rodziny współmałżonka (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 68-70).

W kontekście regulowania przekazywania najistotniejszych cech rodziny z pokolenia na pokolenie istotniejszą rolę odgrywa tożsamość rodziny aniżeli jej temperament. Jedna z reguł charakteryzujących każdy alkoholowy system rodzinny, przywołana przez Sharon Wegscheider - Cruse, mówi o tym, że życie takiej rodziny organizuje się i koncentruje wokół alkoholizmu jej członka (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 78). Tak istniejące przekonanie, „w kontraście z brakiem ciągłości tożsamości rodziny, będzie główną determinantą tego, czy alkoholizm jest przekazywany z pokolenia na pokolenie" (A. Margasiński 2011, s. 49; P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 75-77).

Jak podaje Peter Steinglass, tożsamość rodziny alkoholowej może być przekazywana z pokolenia na pokolenie, a sama w sobie określa niejako tożsamość poszczególnych jej członków (P. Steinglass L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 75-77). Według Andrzeja Margasińskiego „tożsamość rodziny alkoholowej, która pozostaje nienaruszona na przestrzeni wielu pokoleń, może zrodzić tożsamość dynastii alkoholowej, która wymaga lojalności każdego z jej członków i w sposób interaktywny może wpływać na oczekiwania co do zachowań (np. takie, aby w następnym pokoleniu znajdowali się oczywiście członkowie z problemem alkoholowym)" (A. Margasiński 2010, s. 49-50)[68].

[68] Hipoteza ta wskazuje na wspomnianą już przeze mnie międzypokoleniową transmisję alkoholizmu.

Zachowania regulacyjne systemu alkoholowego

Jak wcześniej wspomniałam, według Petera Steinglassa, zarówno tożsamość rodziny, jak i jej temperament, są tworami bardzo trudnymi do bezpośredniego opisu czy pomiaru. Jednak na bazie trzech niżej wymienionych kategorii zachowań istnieje możliwość wywnioskowania ich ukrytych cech, ponieważ zarówno temperament rodziny, jak i jej tożsamość, determinują:

- codzienne rutynowe czynności;
- rytuały rodzinne;
- epizody, które odnoszą się do rozwiązywania problemów krótkoterminowo (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77).

Wskazane powyżej zachowania są komponentami funkcjonowania każdego systemu rodzinnego. Ich realizacja służy konkretnym celom realizowanym wewnątrz rodziny, jak również poza jej granicami. Istotne jest to, że nadają one każdemu systemowi rodzinnemu unikatowości i poczucie niepowtarzalności i są możliwe do obserwacji i badania (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77).

Rutynowe czynności systemu alkoholowego

Rutynowe czynności zaliczają się do tej kategorii zachowań, które są wykonywalne z pewną częstotliwością i regularnością. Nadają one zarówno strukturę, jak również kształt, codziennemu życiu rodzinnemu, bowiem wszyscy jego członkowie wypracowują między sobą określone wzory funkcjonowania nadając unikatowość funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Rutynowe czynności mogą stanowić wyznacznik poziomu bezpieczeństwa rodzinnego, ponieważ stanowić będą o przewidywalności zachowań jego członków (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77-79).

Według Petera Steinglassa rutynowe czynności odzwierciedlają bardziej cechy temperamentu rodziny, aniżeli jej tożsamości, ponieważ sposób, w jaki przebiegają, w większym stopniu jest wypadkową typowego poziomu jej energii, spektrum zachowań oraz preferowanego dystansu w interakcji (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77-79).

Osoba uzależniona charakteryzuje się pewną rytmicznością zachowań, która równocześnie stanowić będzie o elementach składowych niektórych rutynowych czynności systemu alkoholowego. Przykładem takich zachowań może być codzienne picie, picie w określonych sytuacjach, które wskazują na rytmiczność zachowań; stopień zatrucia alkoholowego wyznaczający poziom intensywności oraz charakterystyczny stopień przewidywalności zachowań alkoholika. W konsekwencji wzorce nadużywania alkoholu

stanowią odzwierciedlenie cech temperamentu alkoholika, a także rutynowych reakcji na omawiane zachowania pozostałych członków systemu rodzinnego (regularne wylewanie alkoholu przez partnera, krycie go przed szefem, wykonywanie zadań za dorosłych przez dorosłe dziecko alkoholika itp.). Można więc mówić o specyfice temperamentu całego systemu alkoholowego. W rezultacie istotne jest dopasowanie osobowości całej rodziny do konkretnego wzorca picia osoby uzależnionej. Rutynowe czynności są też zachowaniami regulacyjnymi, które wskazują również na różnorodność dopasowania, bądź nie, rodziny alkoholowej ze środowiskiem (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77- 79).

Odwołując się do kategoryzacji Sharon Wegscheider - Cruse dotyczącej ról rodzinnych dzieci osób uzależnionych od alkoholu (S. Wegscheider - Cruse 2000), których szczegółowego opisu dokonam w dalszej części pracy, należy wskazać, że każdej z nich również przypisany jest określony repertuar zachowań, które mogą składać się na całokształt rutynowych czynności rodziny alkoholowej podtrzymujących jej wewnętrzną homeostazę.

Przywołać należy ponownie Petera Steinglassa, który wysuwając wnioski na bazie obserwacji funkcjonowania rodzin alkoholowych, wskazał, że systemy te nie są homogeniczne w płaszczyźnie realizowania rutynowych czynności. W rezultacie można wnioskować, że czynności rutynowe rodzin alkoholowych stanowią produkt osobowości każdej rodziny, a nie uzależnienia alkoholowego jako takiego (A. Margasiński 2011, s. 52; P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 75-77).

Rodzinne rytuały systemu alkoholowego

Rytuały, jak wskazują badacze, są czynnościami, które mają określoną formę, z którymi równocześnie wiąże się zewnętrzny bądź wewnętrzny przymus ich realizacji (M. Sroczyńska 2015, s. 52). Są one także innym rodzajem mechanizmów regulacyjnych i składają się na nie:

1. zachowania, które są ograniczone w czasie, mają wyraźnie zaznaczony początek oraz koniec ich trwania i charakteryzują się nieprzerwanym kontinuum;
2. dane zachowanie musi mieć prymat nad wszelkimi innymi, które w danym czasie występują równolegle;
3. rodzina wie, że zachodzą wyjątkowe zachowania;
4. dana sytuacja ma silny komponent symboliczny, co oznacza, że została nadana zachowaniom jej towarzyszącym większa istotność, aniżeli w rzeczywistości mogłaby być nadana (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77- 78).

Rytuały rodzinne posiadają także tę właściwość, że mają zdolność przekazywania ważnych aspektów kultury rodziny wielopokoleniowo. Charakteryzują się także tym, że są zapamiętywane przez poszczególnych członków systemu rodzinnego. W konsekwencji każda

rodzina kreuje własne tradycje oraz wzorce zachowań, które nierzadko zawierają także elementy z rytuałów, które były obecne w poprzednich pokoleniach (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77-79).

Nie wszystkie wzorce zachowań mogą stać się rytuałami rodzinnymi. Jedynie święta rodzinne, wzorce rutynowych zachowań bądź tradycje rodzinne mogą w konsekwencji przybrać ich postać. Członkowie rodziny decydują o tym, czy dane zachowanie zostanie uznane za rytuał rodzinny, czy nie. W rezultacie każdy system rodzinny różni się od innych tym, jaką wagę przywiązuje do określonych rytuałów i z jaką intensywnością je praktykuje. Mówi się więc o stopniu zrytualizowania oraz rozmieszczeniu obszarów rytualizacji (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 79).

Kolejną różnicą, w kontekście rytuałów rodzinnych, jest różny stopień ortodoksji w odniesieniu do zachowań poszczególnych członków systemu rodzinnego realizujących dany rytuał. Istnieją rodziny ortodoksyjne, które tolerują jedynie niewielkie odstępstwa od praktyk rytuału. Z kolei rodziny charakteryzujące się najniższym poziomem skonwencjonalizowania wykazują wysoką tolerancję na modyfikację poszczególnych rytuałów. Istnieje także trzeci typ rodziny, w której stopień ortodoksji jest stosunkowo elastyczny. Rytuały są cenione, aczkolwiek dopuszcza się możliwość ich modyfikacji (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 79).

Chcąc porównać zachowania rytualne w rodzinach, należałoby wprowadzić trzy kryteria:

- poziom zrytualizowania;
- przejrzystość rytuału, czyli jaki jest poziom sztywności w odniesieniu do kwestii odgrywania ról, jak również „uwzorcowienia" zachowań podczas realizacji rytuału;
- intencjonalność- czyli świadome uznawanie istotności danego rytuału dla członków systemu rodzinnego (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 77-79).

Nawiązując do rodzin, które borykają się z uzależnieniem od alkoholu jednego ze swych członków, one także wykazują, według Petera Steinglassa, szeroki wachlarz zachowań rytualnych, jak również ich różnorodność jakościową. Jak podaje Andrzej Margasiński, „przejawiają także znaczną zmienność w poziomie rytualizacji, przejrzystości samego aktu rytualnego i intencjonalności w odniesieniu do przeprowadzania rytuału" (A. Margasiński 2010, s. 54). Na szczególną uwagę zasługuje przy tym wymiar intencjonalności w realizacji rytuałów rodziny. Osoba uzależniona od alkoholu, wykazując wysoką nieprzewidywalność zachowań i ich chaotyczność, nierzadko zaburza wykonywanie określonych rytuałów

rodzinnych. Stąd członkowie systemu alkoholowego muszą nauczyć się funkcjonować w taki sposób, by rytuały rodzinne nie zostały zakłócone (zdominowane przez kwestię alkoholizmu) i by istniała możliwość ich podtrzymywania w czasie (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 79).

Krótkoterminowe rozwiązywanie problemów w systemie alkoholowym

Następną kategorią zachowań regulacyjnych, które można zaobserwować, jest **krótkoterminowe rozwiązywanie problemów**, które ściśle wiąże się z homeostazą systemu rodzinnego. Dla przypomnienia- rodzina, w sytuacji, gdy sytuacje środowiska zewnętrznego zagrażają jej stabilności, uruchamia szereg zachowań mających na celu niezachwianie jej wewnętrznej struktury bądź przywrócenie uprzedniego stanu równowagi (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 79).

Nawiązując do systemu alkoholowego, postuluje się, że rodzina funkcjonuje w taki sposób, by utrzymać, bądź, w razie konieczności, przywrócić istniejący w niej „stan alkoholizmu" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 79-81).

Przykładem może być podjęcie abstynencji przez chorego- jest to sytuacja często nieznana, zagrażająca stabilności rodziny, a w konsekwencji wywołująca uczucie niepewności, lęku. Cały system rodzinny będzie mobilizował siły ku temu, by ponownie alkoholik zaczął pić, bowiem jego funkcjonowanie w trakcie intoksykacji chemicznej jest czymś znanym i, mimo iż wydaje się to kontrowersyjne, bezpieczne dla pozostałych jego członków z tego względu, że mają oni wyuczony szereg zachowań regulacyjnych dostosowany do sytuacji intoksykacji chemicznej uzależnionego, a nie do jego trzeźwości. W rezultacie takie zachowania członków systemu alkoholowego są uznawane przez Petera Steinglassa jako krótkoterminowe rozwiązywanie problemów, które charakteryzuje się dwiema cechami- zogniskowaniem, co oznacza, że reakcja członków rodziny skupia się na konkretnym zagrożeniu oraz wysoką niestałością/nieciągłością tych zachowań (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

Mimo iż rodziny alkoholowe są w niektórych aspektach podobne do siebie w kontekście funkcjonowania i specyfiki krótkoterminowego rozwiązywania problemów, to trzy niżej scharakteryzowane wymiary różnią je od siebie:

1) **Stereotypowość-** czyli wskazanie, w jakim stopniu zachowania danego systemu rodzinnego są możliwe do przewidzenia; czy rodzina wobec wszystkich sytuacji reaguje w taki sam sposób, czy posiada pewien wachlarz zachowań urozmaiconych; w jakich sytuacjach wyuczone i „stereotypowe" reakcje zostają uruchomione oraz czy są one

zawsze takie same czy modyfikowane ze względu na specyfikę powstałego problemu (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

2) **Ekspresywność afektywna-** powiązana jest z podwyższonym afektem, który używany jest przez rodzinę w celu uruchomienia określonych zachowań ukierunkowanych na rozwiązanie istniejącego problemu. Każda rodzina różni się w kontekście zakresu oraz typu ekspresywności afektywnej, które są w trakcie procesu rozwiązywania problemu tolerowane (Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).
3) **Wewnątrzrodzinna spójność-** w zależności od systemu rodzinnego, w niektórych z nich, w rozwiązywanie problemów zaangażowani są wszyscy członkowie, wówczas dochodzi do silnego skoordynowania funkcjonowania poszczególnych członków jako grupy, którą łączy jeden cel. W innych jedynie niektórzy członkowie rodziny angażują się w rozwiązanie problemu. Wówczas dany system nie wysila się znacząco, by wspólnie skoordynować działania w celu rozwiązania sytuacji trudnej (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

Nawiązując do funkcjonowania rodzin alkoholowych, według Petera Steinglassa, nie istnieje jeden, wspólny i identyczny styl reakcji na rozwiązywanie przez nie problemów. Rodziny alkoholowe jedynie w dwóch aspektach, w kontekście strategii podejmowanych, by rozwiązać problem, są do siebie podobne (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

1. **Nadmierna wrażliwość na destabilizację-** każdy system alkoholowy ma wąski zakres wypracowanych strategii zachowań. W konsekwencji każda zmiana, która zagraża jego (systemu alkoholowego) stabilności, spotka się z intensywną reakcją ze strony jego członków, niezależnie od rzeczywistego stopnia zagrożenia. Wobec tego dla niemal wszystkich rodzin alkoholowych charakterystyczna jest łatwość uruchamiania strategii rozwiązywania problemów oraz ich częsta nieproporcjonalna intensywność wobec zastanego problemu (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).
2. **Cykl trzeźwości– picia** - oznacza, że dla niemal wszystkich rodzin alkoholowych specyficzne jest uruchamianie określonego systemu zachowań jedynie w sytuacji konsumpcji alkoholu przez uzależnionego oraz ich nieuruchamianie w okresach trzeźwości alkoholika (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

Krótkoterminowe rozwiązywanie problemów jest zjawiskiem, które pojawia się w wielu rodzinach- u jednych z większą, a u innych z mniejszą częstotliwością. Jeśli zachowania

mu towarzyszące nie są zachowaniami nacechowanymi sztywnością i stereotypowością, a powstały problem nie destabilizuje całkowicie funkcjonowania rodziny i poszczególnych jej członków, wówczas można mówić, że jej (rodziny) homeostaza została utrzymana, a ona sama konstruktywnie poradziła sobie z wynikłą trudnością. Rodziny alkoholowe, odwołując się do zachowań towarzyszących krótkoterminowemu rozwiązywaniu problemów, są według Petera Steinglassa heterogeniczne w płaszczyźnie ich stylu reakcji. Niemniej jednak wszystkim im towarzyszą co najmniej dwa aspekty wspólne: nadmierna wrażliwość na destabilizację systemu oraz cykl trzeźwości- picia. W ich płaszczyznach niemal każda rodzina alkoholowa wypracowuje specyficzne reakcje i wzorce zachowań, które mają na celu utrzymanie jej homeostazy. W rezultacie poszczególni jej członkowie automatycznie uruchamiają pewne sekwencje zachowań w odpowiedzi na konkretny bodziec (np. konsumpcja alkoholu przez uzależnionego, podjęcie przez niego leczenia itp.). Istotne jest to, że nie uczą się oni konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, a wszelkie, nawet nieadekwatne sytuacje, spotkają się z ich intensywną reakcją afektywną. W efekcie dzieci, w interakcjach z osobami spoza systemu rodzinnego, mogą wykazywać trudności w dostosowywaniu się do zmiennych warunków środowiskowych, a wszelkie sytuacje, które charakteryzowałyby się zmiennością, czy wymuszały konieczność wystosowania innego repertuaru zachowań, będą automatycznie i natychmiastowo eliminowane. Jest to konsekwencją przystosowania systemu alkoholowego i poszczególnych jego członków do sytuacji w rodzinie i specyficznego w niej funkcjonowania, w trakcie przechodzenia jej kolejnych faz rozwojowych.

3.2. Fazy rozwoju systemu alkoholowego

W literaturze przedmiotu można znaleźć rozmaite ujęcia teoretyczne nawiązujące do etapów rozwoju rodziny. Wiele prac dotyczących cyklu życia rodzinnego powstało po 1970 roku. Można wymienić cykl życia rodzinnego według E. M. Duvall, czy J. Haley bądź modele cykli życia rodziny, których specyfika ograniczała się do opisania tych momentów w rozwoju systemu rodzinnego, które mogą przyczynić się do powstania głębokich trudności bądź nawet zaburzeń w jego dalszym rozwoju (K. Ostoja- Zawadzka 1999, s. 19). Co ważne, na każdym etapie życia rodziny, w każdej jej fazie rozwoju, ma ona do spełnienia konkretne zadania rozwojowe oraz problemy do rozwiązania. Tylko konstruktywne poradzenie sobie z nimi umożliwi rozwój całego systemu rodzinnego oraz poszczególnych jego członków (E. Dybowska 2012, s. 10).

Rodziny alkoholowe wyróżniają się także własną specyfiką cykli rozwojowych. Jak wspomniałam wcześniej, Peter Steinglass wskazał cztery główne założenia, które ją charakteryzują.

1) Naczelnymi regułami, które organizują życie członków rodziny alkoholowej, jest system zachowań ściśle korelujący z alkoholizmem chorego- stanami jego intoksykacji chemicznej oraz trzeźwości.
2) Wpływ, jaki ma uzależnienie od alkoholu na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego najintensywniej daje się zauważyć w zmianach, które mają miejsce w zachowaniach regulacyjnych, wraz z okresowym przystosowywaniem się systemu rodzinnego do choroby jej członka.
3) Uzależnienie od alkoholu członka systemu rodzinnego powoduje, że ta, z biegiem czasu wkłada wiele wysiłku w utrzymanie homeostazy systemu, a w konsekwencji hamuje rozwój własny oraz poszczególnych jej członków.
4) Modyfikacje, które zachodzą w zachowaniach regulacyjnych, mają istotny wpływ na rozwój całego systemu rodzinnego, w konsekwencji prowadząc do „zniekształceń rozwojowych" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80).

Autor ten, w odniesieniu do rodzin alkoholowych, pierwotnie wyróżniał pięć faz życia rodziny, dopiero w późniejszym okresie, a konkretniej w 1987 roku, w książce „*The alcoholic family*" (jej hiszpańską wersją, której tytuł już podałam wcześniej- „*La familia alcoholica*"- posługuję się, pisząc pracę) wyróżnił jedynie trzy fazy dojrzewania systemowego.

Są to fazy: wczesna, środkowa i późna[69].

I. Faza wczesna rodziny alkoholowej - kształtowanie jej tożsamości oraz ustanawianie granic

Wczesna faza rozwoju rodziny charakteryzuje się dynamiką procesów w niej zachodzących, które mają na celu ustanowienie nowych granic systemowych oraz wspólnie wypracowanych zasad, norm i przekonań. Bardzo istotne jest także ustanowienie struktury, jak również tożsamości całego systemu rodzinnego oraz możliwość rozwoju indywidualnych tożsamości poszczególnych członków rodziny (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 80). Jak podają Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden, „jednym z najważniejszych zadań rodziny jest zadanie tożsamości, na które składa się zarówno rozwój

[69] Zob. też: Steinglass P., Bennett L. A., Wolin S. J., Reiss D. (2009). *La familia alcoholica*. Gedisa.

tożsamości rodzinnej, jak i rozwój tożsamości poszczególnych członków rodziny" (2000, s. 51).

Dla rodziny, w której pojawia się problem alkoholizmu, podstawowym wyzwaniem jest rozstrzygnięcie dychotomicznej kwestii: czy sprzeciwić się chorobie uzależnionego-alkoholizmowi, czy stopniowo zacząć przystosowywać własne funkcjonowanie do zaistniałej sytuacji. Jeśli rodzina wybierze drugą opcję, istnieje duże prawdopodobieństwo, że z biegiem czasu jej funkcjonowanie będzie ściśle podlegało dynamice procesu uzależnienia jednego z jej członków. W rezultacie alkohol zostanie włączony do tożsamości rodziny, która jest tworzona (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 95-97)

Najistotniejsze kwestie dotyczące fazy wczesnej odnoszą się do intencjonalności w rozwoju rytuałów rodzinnych oraz potencjalny zakres kontaktów z rodziną pochodzenia, która boryka/ła się z problemem alkoholowym. Jeśli u jednego z partnerów w rodzinie pochodzenia któryś z członków systemu był uzależniony od alkoholu, wówczas istotne jest, zdaniem Petera Steinglassa, na ile ta jednostka będzie potrafiła zerwać z przeszłością alkoholową bądź ją biernie zaakceptować. Jedynie te osoby z diad partnerskich, które utrzymują częsty kontakt z rodziną pochodzenia, w której istniał problem alkoholowy, ponoszą ryzyko nawrotu choroby alkoholowej (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 97).

Wczesna faza jest okresem najbardziej sprzyjającym konfrontacji wobec kształtowania własnej tożsamości rodzinnej, jak również wobec obaw związanych z ponowieniem schematu z rodziny pochodzenia borykającej się z problemem alkoholowym. Rodziny, które obarczone są dziedzictwem alkoholowym, mają w tej fazie największe możliwości w płaszczyźnie modyfikacji bądź interwencji wobec potencjalnych powielanych zachowań generujących możliwość pojawienia się u nich tożsamości alkoholowej. Jest to także czas, w którym partnerzy obarczeni dziedzictwem alkoholowym mogą skonfrontować się ze swoją tożsamością alkoholową wywodzącą się z rodziny generacyjnej (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 97-98).

Peter Steinglass i in. w książce „*La familia alcoholica*" zwracają uwagę na powielanie schematów zachowań, sposobu bycia, przez osoby dorastające w rodzinie z problemem alkoholowym na rodziny, które są prze nie tworzone. Autorzy wskazują przy tym na dwie możliwości wyboru współmałżonka przez dorosłe dziecko alkoholika: „ważnym czynnikiem wpływającym na wybór partnera może być czynnik wskazujący, czy istnieje jakiś wyznacznik alkoholizmu w przyszłym współmałżonku (w tym przypadku tym czynnikiem może być regularne spożywanie alkoholu przez współmałżonka lub jego rodzinna historia alkoholowa). Z drugiej strony, wiele dzieci alkoholików wydają się być całkowicie ślepe w kontekście tego,

co odnosi się do zauważenia znaków alkoholizmu w przyszłym współmałżonku" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 97; tłum. Dorota Dolata).

Charakterystyczne jest więc powielanie przez partnera zachowań, bądź w ogóle tożsamości alkoholowej rodziny pochodzenia, w nowo utworzonym przez niego systemie rodzinnym. Peter Steinglass i in. akcentują dziedziczenie tożsamości alkoholowej w odniesieniu do tych partnerów, u których co najmniej jeden z rodziców boryka się z problemem alkoholizmu. Autorzy ci wskazują, że „to czy dziecko z rodziny alkoholowej uzna istnienie tożsamości niealkoholowej we własnej rodzinie będzie czynnikiem fundamentalnym tak w procesie wyboru partnera, jak również wobec pojawiających się problemów tożsamościowych w pierwszej fazie" (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 97-98; tłum. Dorota Dolata).

II. Faza środkowa rodziny alkoholowej- zaangażowanie oraz stabilność

Faza środkowa życia każdej rodziny charakteryzuje się trzema właściwościami.

1) Zaangażowanie się w określoną ilość działań, które będą organizowały życie rodzinne. Oznacza to, że rodzina, mając już wcześniej ustalone pewne priorytety rozwojowe, teraz angażuje się w podejmowanie takich działań, by je zrealizować oraz ukierunkować system rodzinny na podejmowanie określonych czynności (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98).
2) Konsekwentne przestrzeganie wypracowanego zbioru określonych zasad, które odnoszą się do ról, jak również związków wewnątrzrodzinnych. Należy podkreślić, że konsekwencja w realizacji określonych ról nie jest równoznaczna z ich sztywnością. Najistotniejsze jest to, że dany system rodzinny dokonał wyboru co do tego, jak powinna wyglądać realizacja określonych ról w rodzinie (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98).
3) Występowanie zbioru powtarzalnych oraz zorganizowanych schematów zachowań, których celem jest organizacja codziennej rutyny życia systemu rodzinnego, specjalnych wydarzeń, jak również strategii, które będą pomocne w rozwiązywaniu konfliktów i problemów. Dzięki nim rodzina może zachować własną spójność oraz strukturę. Ich funkcją jest także wzmacnianie oraz utwierdzanie „podstawowych zobowiązań i zasad ustanowionych przez rodzinę jako część postępowania w trakcie fazy pośredniej" (A. Margasiński 2010, s. 63). W rezultacie pełnią one także funkcję regulującą (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98).

Faza środkowa jest niezwykle zróżnicowana w zależności od specyfiki funkcjonowania określonego systemu rodzinnego. Dla niektórych członków rodziny będzie się ona charakteryzowała spełnieniem, odkrywaniem siebie na nowo, dla innych z kolei może okazać się etapem trudnym, mało ekscytującym bądź naznaczonym rozczarowaniem. Etap ten jest zazwyczaj najdłuższy w życiu każdej rodziny, a dynamika zmian, jakie w niej następują ulega spowolnieniu. Według Petera Steinglassa faza ta charakteryzuje się najsilniej widocznymi zachowaniami regulacyjnymi- czyli codzienną rutyną, krótkoterminowym rozwiązywaniem problemów czy zwyczajami rodzinnymi (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98-99).

W celu lepszego zrozumienia tego, co dzieje się z rodziną alkoholową w środkowej fazie rozwoju, należałoby bliżej przyjrzeć się specyfice realizowanych przez nią zachowań regulacyjnych. Systemy alkoholowe opanowują zachowania regulacyjne w takim stopniu, że stają się one podporządkowane rytmowi uzależnienia jego członka. W rezultacie dochodzi do nadania nadrzędnej istotności tym aspektom, które są kompatybilne z alkoholizmem, a umniejszenia i bagatelizowania tych cech, które nie są z nim zgodne. Najczęściej dochodzi do wzmocnienia zachowań alkoholowych (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98-99).

Z pewnością członkowie rodziny nie podejmują własnych aktywności celowo, by wzmacniać zachowania mające na celu intensyfikację alkoholowych zachowań uzależnionego. Niemniej jednak w tym czasie główną rolą rodzinnych zachowań regulacyjnych będzie ich (zachowań alkoholika) utrwalanie. W rezultacie rodzina staje się rozwojowo mniej elastyczna i chroni własną spójność alkoholową przed jakąkolwiek destabilizacją- nawet tą, wynikającą z normatywnych oscylacji rozwojowych (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 99).

Dlatego z biegiem czasu w rodzinie alkoholowej zaczynają być dostrzegalne pewne sekwencje przewidywalnych reakcji i zachowań, które korelują z cyklami trzeźwości- picia uzależnionego. Powstaje błędne koło zachowań oscylujących pomiędzy tak zwanym biegunem „suchym" (trzeźwością uzależnionego) oraz „mokrym" (intoksykacji chemicznej uzależnionego). Jak wskazuje Peter Steinglass, co może być zaskakujące, wiele zachowań członków systemu alkoholowego charakteryzujących się ekspresywnością uczuciową oraz seksualną, asertywnością w obronie interesów rodziny, częściej występuje wówczas, gdy alkoholik jest w trakcie intoksykacji chemicznej, aniżeli w fazie „suchej". Zachowania regulacyjne charakteryzują się sztywnością i pewną cykliczną przewidywalnością w celu

zachowania homeostazy rodziny (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 99-100).

Opisując mechanizmy uzależnienia oraz odwołując się do koncepcji Wiktora Osiatyńskiego (W. Osiatyński 2007) odnoszącej się do stanów funkcjonowania uzależnionego, wskazano, że w pewnym momencie następuje adaptacyjna funkcja alkoholu- w konsekwencji uzależniony nierzadko „lepiej" funkcjonuje w płaszczyźnie społecznej będąc pod wpływem odurzenia alkoholowego, aniżeli w stanie trzeźwości. Podobna dychotomia funkcjonowania następuje w całym systemie alkoholowym. Niektóre zachowania są przypisane jedynie odurzeniowemu stanowi interakcji. Rodzina, chcąc uruchomić te zachowania, będzie musiała doprowadzić do wystąpienia stanu „mokrego", czyli intoksykacji chemicznej uzależnionego (A. Margasiński 2010, s. 67; P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 99).

W fazie środkowej każda rodzina stoi przed wieloma wyzwaniami związanymi ze zmianami rozwojowymi, które zaczynają występować. Widoczna jest niezwykła dynamika jej funkcjonowania. Posługuje się ona dość sztywnymi wzorcami zachowań, które nierzadko utrudniają, a niekiedy nawet uniemożliwiają występowanie konstruktywnych zamian rozwojowych. Należy jednak podkreślić, że zdarzają się także takie rodziny alkoholowe, w których wystąpienie odurzeniowego stanu interakcji blokuje wystąpienie określonego wachlarza zachowań i wycofuje członków systemu z podjęcia działania (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 99-100).

Warto przy tym wspomnieć, że kolejną cechą charakteryzującą systemy alkoholowe w fazie środkowej, jest silna **nietolerancja niepewności**, której konsekwencją jest, wspominana już, niezwykła sztywność zachowań systemu alkoholowego i szybka oraz silna reakcja na potencjalne zmiany mogące stanowić zagrożenie *status quo* systemu. Zmiany rozwojowe są postrzegane jako zagrożenie i konsekwentnie hamowane, ponieważ homeostaza staje się dla systemu alkoholowego priorytetem (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 98-99).

Rytuały rodzinne odgrywają w fazie środkowej najistotniejszą rolę w ciągu cykli życia rodziny, bowiem stanowią dynamiczną równowagę między stabilnością a przystosowaniem. Dzięki jej utrzymaniu system rodzinny może osiągnąć swoją dojrzałość, szanując równocześnie indywidualny rozwój swoich członków. W rodzinie alkoholowej zachowanie, bądź wypracowanie wspomnianej równowagi, staje się zadaniem niezwykle trudnym do osiągnięcia ze względu między innymi na sztywność i sztampowość reakcji jej członków na pojawiające się zmiany bądź zachowania. Rytuały rodzinne, jak niemal każdy aspekt życia rodziny borykającej się z problemem alkoholowym, zostają najczęściej opanowane przez problem

alkoholizmu jej członka. W konsekwencji najprawdopodobniej dojdzie do wykrzywienia kierunku jej rozwoju (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 99-100).

Podsumowując najważniejsze kwestie odnoszące się do funkcjonowania rodziny alkoholowej w fazie środkowej, zachowania, które się wówczas pojawiają, najczęściej charakteryzują się sztywnością i przewidywalnością. Ich specyfika z jednej strony znacznie utrudnia, bądź uniemożliwia rozwój rodziny i poszczególnych jej członków i równocześnie prowadzi do ciągłego zachowania jej homeostazy. Zachowania, które występują w odurzeniowym stanie można nazwać stereotypowymi. Są to takie wzorce zachowań, na których pojawienie rodzina może liczyć jedynie w sytuacji intoksykacji chemicznej uzależnionego. W rezultacie system alkoholowy wypracował sobie szereg zasad zachowań, które są przypisane stanowi „suchemu" i stanowi „mokremu" i cyklicznie się zmieniają, podporządkowując się rytmowi picia uzależnionego. Osoby z zewnątrz, obserwując jedynie zachowania rodziny w stanie „suchym", nie są w stanie przewidzieć, jak dany system alkoholowy będzie funkcjonował w stanie upojenia (A. Margasiński 2010, s. 67-68).

III. Faza późna systemu alkoholowego - wyjaśnienie i dziedzictwo

W późnej fazie rozwoju systemu rodzinnego następuje ukierunkowanie percepcji jego członków z teraźniejszości ku przyszłości. Pojawiają się wówczas dwa podstawowe wyzwania stojące przed rodziną: nagromadzenie wielu strat, jakich doświadczyła oraz wyzwanie dotyczące tego, co zyskała (np. nowe perspektywy, wartości itp.). W rezultacie przechodzenia określonych etapów rozwojowych i związanych z nimi zmian w rodzinie, zachowania regulacyjne zostają wzmacniane w celu przywrócenia stanu poprzedniej równowagi. Może to doprowadzić i nierzadko doprowadza do sztywności rozwojowej uniemożliwiającej dalszy rozwój rodzinie jako całości oraz poszczególnym jej członkom (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 100-101).

Innym, charakterystycznym dla późnej fazy rozwoju rodziny dylematem, jest rozstrzygnięcie kwestii, czy dany system rodzinny powiększy się o nowych członków, czy nie-czego konsekwencją będzie jego odejście w zapomnienie. W rezultacie musi ponownie dojść do redefiniowania granic systemu rodzinnego oraz zainteresowania jej tożsamością, która w fazie późnej ma stanowić o wspólnotowości jej członków i istotności rodziny jako grupy. Realizacja tego zadania przez rodzinę jest ważna z tego względu, że w późniejszym okresie, po odłączeniu się od niej kolejnego pokolenia, które będzie miało zinternalizowaną własną tożsamość rodzinną, będzie mogło dokonać dziedzictwa rodzinnego, czyli powielenia tej tożsamości w nowo utworzonej przez siebie rodzinie. Zachodzi to dwustopniowo: rodzina najpierw musi wyodrębnić i klarować fundamentalne aspekty własnej tożsamości, by następnie

przekazać je kolejnemu pokoleniu (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 100-101).

W rodzinie alkoholowej wyodrębnianie i klarowanie ograniczają się do podstawowego pytania: czy tożsamość alkoholowa ma zostać przekazana przyszłym pokoleniom i w rezultacie stanowić część dziedzictwa rodzinnego? Odpowiedź na to pytanie będzie konsekwencją stanowiska rodziny wobec uzależnienia jej członka, a konkretniej, czy jej zachowania, postawy oraz rytuały zostaną dostosowane do potrzeb alkoholika, czy rodzina będzie potrafiła się sprzeciwić, czego rezultatem będzie podjęcie abstynencji przez uzależnionego. W drugim przypadku rodzina pozostawia za sobą swoją alkoholową tożsamość i staje się stabilnie „suchą" rodziną alkoholową, z kolei w pierwszym przypadku, gdy rodzina nieustannie dostosowuje zachowania regulacyjne do intoksykacji chemicznej alkoholika, mamy do czynienia z tożsamością stabilnie „mokrej" rodziny alkoholowej (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 100-103).

Przejście rodziny alkoholowej w późną fazę jest dla niej traumatycznym przeżyciem ze względu na: bardzo dużą sztywność jej zachowań regulacyjnych, co wiąże się z oporem systemu przed jakimikolwiek zmianami mogącymi zaburzyć jego homeostazę, ale równocześnie umożliwić mu konstruktywne przejście do fazy późnej, oraz przez wzgląd na potencjalny wpływ braku alkoholu w czasie trwania tego procesu. Może się to wydawać absurdalne, ale alkohol w rodzinie borykającej się z problemem uzależnienia jednego z jej członków, jest tak istotną kwestią, wokół której oscyluje wiele zachowań członków rodziny, że jego brak nierzadko staje się bodźcem do przejścia w późną fazę rozwoju (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 102-103).

W rodzinach alkoholowych przejście z fazy środkowej do fazy późnej jest trudnym wydarzeniem, ponieważ wymaga od jej członków uelastycznienia długo wypracowanych i sztampowo stosowanych zachowań regulacyjnych, co w konsekwencji wprowadza zmiany, przed którymi system alkoholowy się usilnie broni, chroniąc swoją homeostazę. Szeroko pojęty alkoholizm (bądź nagły brak obecności alkoholu) staje się wówczas głównym problemem tożsamościowym, ale także czynnikiem przyśpieszającym jej przejście do fazy późnej. Zazwyczaj pojawiające się problemy i wynikające z tego naciski z zewnątrz, wymuszają na rodzinie rozwiązanie problemu alkoholowego. Tylko niewielu udaje się zarówno rozwiązać ten problem, jak również inne motywy rozwojowe. Najczęściej systemy alkoholowe wybierają wówczas krótkoterminowo abstynencję uzależnionego bądź starają się opierać konfrontacji z problemem tak długo, jak to jest możliwe (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 103).

Poszczególne etapy rozwojowe wyróżnione przez Petera Steinglassa oscylują wokół kluczowych kwestii wyróżnionych przez tego autora: homeostazy rodzinnej, głębokich struktur regulacyjnych oraz obserwowalnych zachowań regulacyjnych. Autor wskazuje przy tym na niezwykłą trudność w realizacji systemu alkoholowego pojawiających się zadań rozwojowych, które są niezbędne by ta, mogła konstruktywnie przejść określone cykle życia rodzinnego. I tak w pierwszej fazie rodzina musi wykreować własną tożsamość. Na tym etapie charakterystycznym dla rodziny alkoholowej jest nadmierne koncentrowanie się na alkoholizmie oraz podporządkowywanie mu funkcjonowania całego systemu. W fazie drugiej najczęściej dochodzi do wstrzymania rozwoju rodziny, z kolei w fazie trzeciej następuje przedwczesne zamknięcie rozwoju rodziny alkoholowej. Jak wskazuje Peter Steinglass, stanowi to konsekwencję koncentracji członków rodziny alkoholowej na problemie uzależnienia jej członka, podporządkowywania mu własnych zachowań z równoczesnym niedostrzeganiem indywidualnych możliwości rozwojowych członków rodziny, sztywności zachowań regulacyjnych. W rezultacie wykreowania i „zaakceptowania" tożsamości alkoholowej może ona zostać przekazana przyszłym pokoleniom w ramach dziedzictwa rodzinnego (P. Steinglass, L. A. Bennett, S. J. Wolin, D. Reiss 2009, s. 107-108).

Peter Steinglass, w swojej koncepcji systemu alkoholowego, wskazał również na takie istotne kwestie jego funkcjonowania, jak: sztywność zachowań regulacyjnych podporządkowanych uzależnieniu jego członka oraz fazom „suchej" i „mokrej", strach przed zmianami i zagrożeniem homeostazy rodzinnej oraz niezwykła trudność w konstruktywnym rozwiązywaniu pojawiających się wyzwań rozwojowych. Autor ten argumentuje, jak istotne jest zwrócenie uwagi na problem alkoholizmu nie, jako na problem jednostki, ale na problem całego systemu rodzinnego. Należy uwzględnić, że także cały system rodzinny wymaga pomocy i wsparcia w przezwyciężeniu trudności, z jakimi się boryka oraz w niepowielaniu destrukcyjnych wzorców zachowań. Mimo wielu bogatych i ważnych informacji odnoszących się do specyfiki funkcjonowania rodziny alkoholowej w myśl koncepcji Petera Steinglassa, istotne jest, na co wskazuje Krzysztof Gąsior w swojej publikacji zatytułowanej: „*Funkcjonowanie noo- psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*", a mianowicie że niektóre badania wskazały także ograniczenia opisanej koncepcji. Otóż model ten może być zastosowany jedynie do niektórych typów rodzin alkoholowych ze względu na ich stosunkowo dużą heterogeniczność. Nie uwzględnia on bowiem czynników chroniących, które, jak później zostanie wskazane na przykładzie funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, odgrywają niezwykle istotną rolę związaną z prężnością systemu rodzinnego. Ostatecznie w niewielkim stopniu uwzględnia wpływ dalszej

rodziny w modyfikację mechanizmów regulujących systemem alkoholowym (K. Gąsior 2012, s. 71). Niemniej jednak model opracowany przez Petera Steignlassa ma także swoje walory, ponieważ wskazuje na występowanie w rodzinach alkoholowych specyficznych mechanizmów i schematów funkcjonowania ich członków, które w dużym stopniu wpływają na podtrzymywanie choroby alkoholowej.

W literaturze naukowej funkcjonuje także inna charakterystyka poszczególnych faz przystosowania rodziny do problemu uzależnienia, z jakim boryka się jej członek, a które przedstawiają zachowania oraz reakcje członków systemu alkoholowego wobec uzależnienia alkoholika oraz jego samego.

Faza 1 Początkowo pojawiają się incydenty nadmiernego picia jednostki, które stają się powodem kłótni w diadzie małżeńskiej. Najczęściej współmałżonek podejmuje próby interwencji, które nie przynoszą większych rezultatów. U osoby uzależnionej coraz silniej rozwija się system wymówek, obietnic, jak również usprawiedliwień swojego postępowania. Członkowie rodziny podejmują wiele wysiłku, by zaprzeczać pojawieniu się problemu alkoholowego poszukując jego źródeł w czynnikach zewnętrznych (H. Kalkowski 2011, s. 33-34) i równocześnie, odwołując się do terminologii Petera Steinglassa, zachować homeostazę rodzinną. Mobilizowane są siły morfostatyczne, w których zaczynają być wypracowywane zachowania regulacyjne oraz ich sztywność. Można domniemywać, że osoba nadużywająca alkoholu, a potencjalny alkoholik, znajduje się, za Elvinem Mortonem Jellinkiem, w stadium przedalkoholowym[70] (E. M. Jellinek 1987, s. 8).

Faza 2 Częstotliwość oraz ilość wypijanego alkoholu zwiększa się, z kolei proporcjonalnie maleje ilość możliwych wymówek pijącego wobec zaistniałego stanu rzeczy. Wzrasta izolacja rodziny, której cała energia ukierunkowana jest na próby powstrzymania jej członka przed intoksykacją chemiczną. Jednostki tworzące rodzinę coraz częściej się kłócą, co wywołuje wstyd, a w konsekwencji doprowadza do prób zatuszowania zaistniałego problemu przed osobami z zewnątrz. Wszyscy członkowie rodziny, także dzieci, ukierunkowują swoje funkcjonowanie na ukrywanie problemu oraz podporządkowanie własnych potrzeb i zachowań piciu jednostki (A. Kucharska-Dziedzic, M. Kawka, D. Zubrzycka-Urbańska 2014, s. 25). W tej fazie, oraz w kolejnej, można domniemywać, że osoba nadużywająca alkoholu znajduje się w stadium prodromalnym bądź już w stadium ostrym (E. M. Jellinek 1987, s. 10-11).

[70] Należy podkreślić, że zostaje podane **potencjalne i prawdopodobne** stadium w jakim może się znajdować osoba uzależniona od alkoholu w danym etapie rozwoju rodziny. Nie jest to jednak właściwość identyczna dla wszystkich rodzin i ich uzależnionych członków, a jedynie przybliżona, ponieważ, jak wspominał sam Peter Steinglass, zarówno alkoholicy są jednostkami niezwykle zróżnicowanymi pod względem sposobu funkcjonowania, jak również rodziny, które tworzą.

Faza 3 Z biegiem czasu rodzina przestaje podejmować próby kontroli uzależnionego i zaczyna ukierunkowywać swoją uwagę na poprawę aktualnej sytuacji. To, co może zrobić, to włożyć wiele wysiłku w przetrwanie przy poniesieniu jak najmniejszych kosztów z tytułu uzależnienia alkoholika. Dzieci funkcjonujące w takiej rodzinie zaczynają wykazywać poważne problemy wśród rówieśników, w trakcie zajęć szkolnych, podczas których starają się odreagowywać stres i napięcie panujące w domu. Stopniowo następuje coraz większa dezorganizacja rodziny, a ona sama zaprzestaje pokładać energię w ukrywanie sytuacji, w jakiej się znalazła (A. Kucharska-Dziedzic, M. Kawka, D. Zubrzycka-Urbańska 2014, s. 25). Odwołując się do charakterystyki poszczególnych stadiów rozwoju nałogu alkoholowego, można pokusić się o stwierdzenie, że alkoholik prawdopodobnie znajduje się już w stadium przewlekłym (E. M. Jellinek 1987, s. 16-17).

Faza 4 Następuje wówczas zamiana ról w systemie rodzinnym- żona przejmuje obowiązki uzależnionego. Pokusiłabym się także o stwierdzenie, że za część obowiązków obojga rodziców odpowiada także Bohater rodzinny i pozostałe dzieci, które nierzadko podejmują się tych aktywności, które powinny być przypisane rodzicom. Atmosfera emocjonalna również ulega modyfikacji- w miejsce złości i pretensji, pojawia się litość oraz opiekuńczość względem chorego (H. Kalkowski 2011, s. 34).

Faza 5 Żona odseparowuje się od uzależnionego męża i w konsekwencji taka separacja doprowadza do formalnego ich rozstania- rozwodu, albo kończy się tak, że każde z małżonków żyje własnym życiem. Partnerka uzależnionego stara się zadbać o dobro materialne systemu rodzinnego, a dzieci dorastają w coraz większej izolacji od alkoholika. Dochodzi do reorganizacji życia rodzinnego. Jeśli współmałżonek uzależnionego dokona fizycznej separacji, wówczas razem z dziećmi mają możliwość regeneracji psychicznej oraz poszukania wsparcia i pomocy z zewnątrz (H. Kalkowski 2011, s. 35; A. Kucharska-Dziedzic, M. Kawka, D. Zubrzycka-Urbańska 2014, s. 26). Pozostawienie uzależnionego samemu sobie, opuszczenie go przez najbliższych, może stać się punktem zwrotnym i zmobilizować go także do poszukania pomocy i podjęcia decyzji o leczeniu.

Faza 6 Jeśli uzależniony podejmie się leczenia i zacznie pracować nad utrzymaniem abstynencji, wówczas może dojść do ponownego scalenia rodziny. W takiej sytuacji pomocy wymagają wszyscy członkowie systemu rodzinnego (H. Kalkowski 2011, s. 35). Jeśli nie zostaną oni objęci specjalistyczną pomocą, wówczas z dużym prawdopodobieństwem dojdzie do ponownego uruchomienia zachowań sztywno wypracowanych- zachowań regulacyjnych mających na celu przywrócenie dawnej homeostazy (okresu „mokrego").

Zaprezentowane powyżej fazy rozwoju rodziny alkoholowej obrazują specyfikę zachowań poszczególnych jej członków wobec problemu, z jakim boryka się osoba nadużywająca alkoholu stająca się osobą uzależnioną. W odpowiedzi na narastający problemem uzależnienia i zmiany w zachowaniu alkoholika, zmieniają się także zachowania i reakcje członków systemu rodzinnego. Działania, jakich się podejmują, będące reakcją na zachowania uzależnionego, wskazują na silną ich korelację ze wspomnianymi już fazami „suchymi" oraz „mokrymi". Wyraźnie można zauważyć, że rodzina alkoholowa stanowi system, który często musi sprostać wielu trudnościom, co nierzadko prowadzi do dezorganizacji jego funkcjonowania i zaburza homeostazę rodzinną. W efekcie rodzina borykająca się z problemem alkoholowym jest rodziną, w której cyklicznie występują kryzysy rzutujące na jej rozwój i dobrostan.

3.3. Rodzina w kryzysie. Radzenie sobie w sytuacji stresu oraz kryzysu

Współczesna rodzina stanowi system, który jest stosunkowo mało stabilny. Wskazuje na to wzrastająca w ostatnich latach liczba rozwodów i zmniejszająca się liczba zawierania związków małżeńskich (GUS 2016, s. 3). Rodzina często jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z występującymi trudnościami. Jednak gdy zaczynają one narastać i burzyć jej homeostazę, może to doprowadzić do:

a) jej rozpadu;
b) przezwyciężenia trudności oraz wzmocnienia zasobów poszczególnych członków rodziny oraz jej samej jako całości;
c) przystosowania systemu rodzinnego do zastanej sytuacji.

Przyczyną występujących trudności w funkcjonowaniu rodziny często jest doświadczany długotrwały stres będący wynikiem przeżywanych trudności, które, w zależności od ich specyfiki, mogą przekształcić się w sytuacje kryzysowe poprzedzające wystąpienie kryzysu w całym systemie. To, czy dana sytuacja zdezorganizuje funkcjonowanie systemu rodzinnego oraz to, w jakim stopniu będzie on potrzebował wsparcia społecznego w celu przywrócenia homeostazy, zależy w dużej mierze od specyfiki funkcjonowania rodziny- jej struktury oraz zasobów.

W literaturze przedmiotu odnoszącej się do problematyki funkcjonowania rodziny alkoholowej wątek doświadczania stresu, kryzysu oraz istotności wsparcia społecznego, jest dość szeroko poruszany. W rezultacie uważam za zasadne przyjrzenie się tym zjawiskom bliżej, definiując termin „sytuacja kryzysowa"; tym, co często ją poprzedza oraz jej towarzyszy, czyli

stres; oraz wsparcie społeczne, które może, i często pełni, ważną funkcję w radzeniu sobie systemu rodzinnego w procesie przywracania jego wewnętrznej homeostazy.

Zanim przejdę do omawiania głównych wątków, chciałabym nadmienić, że „problem wzajemnych relacji pomiędzy stresem a kryzysem nie został do dziś jednoznacznie rozstrzygnięty" (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 31). Istnieje wiele różnorodnych koncepcji teoretycznych związanych z problematyką stresu oraz kryzysu. W niektórych kryzys bywa utożsamiany ze stresem, w innych z kolei dokonywana jest ścisła kategoryzacja terminologiczna obydwu pojęć[71]. W konsekwencji zawiłości omawianej problematyki, jej wielowątkowości, zamierzam skupić się jedynie na najistotniejszych kwestiach odnoszących się do: stresu w rodzinie, kryzysu oraz radzenia sobie z kryzysem, nie nawiązując szczegółowo do wielu różnorodnych ujęć teoretycznych, na bazie których są one wyjaśniane. Zależy mi przede wszystkim na przedstawieniu omawianej problematyki w kontekście funkcjonowania systemu alkoholowego.

Stres rodzinny oraz sytuacja kryzysowa

Tym, co często poprzedza wystąpienie kryzysu w rodzinie, jest silny stres bądź/i towarzyszące mu wydarzenie stresujące. Jak wskazuje Waldemar Świętochowski, trudno jednoznacznie zdefiniować pojęcie stresu rodzinnego, bowiem rodzina jest systemem złożonym z kilku jednostek tworzących swoistą całość, a każde z nich na swój sposób będzie reagowało na stres w nim się pojawiający (W. Świętochowski 2010, s. 91; J. W. Kalat 2012, s. 364-369). Warto jednak odnieść się do definicji zaproponowanej przez prekursora badań nad tym zjawiskiem - Reubena Hilla, który twierdzi, że **stres rodzinny** jest złożonym i dynamicznym procesem, a nie prostą reakcją rodziny na zaistniałą trudność (W. Świętochowski 2005, s. 41). W konsekwencji stres rodzinny rozumiany jest jako „ogół zmian w postaci zakłóceń organizacji życia rodziny i napięć emocjonalnych u jej członków, pojawiających się w efekcie przeciążenia rodzinnych mechanizmów regulacyjnych" (W. Świętochowski 2010, s. 91). Źródłem wspomnianych przeciążeń mogą być wydarzenia, które zagrażają równowadze systemów rodzinnych - określa się je mianem stresorów rodzinnych (W. Świętochowski 2010, s. 91). W kręgu takich wydarzeń może znajdować się również uzależnienie członka rodziny, które generuje i potęguje występujący w niej stres.

Gdy stres jest szczególnie silny oraz występuje długotrwale w życiu rodziny i ma ona trudności w poradzeniu sobie ze stresorem/stresorami oraz przywróceniem stanu homeostazy, wówczas może doprowadzić do wystąpienia **sytuacji kryzysowej w rodzinie.** Wiąże się ona z

[71] Zob. także: Kubacka-Jasiecka D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

naruszeniem dóbr osobistych, sytuacji materialnej, życia, zdrowia, które mają znaczące oddziaływanie emocjonalne stające się punktem wyjścia na lepsze bądź gorsze. Można mówić o jednym decydującym zdarzeniu bądź o serii występujących po sobie zdarzeń, których efekty zostały skumulowane (np. zdrada małżeńska, przemoc wewnątrzrodzinna). Osoby, które doświadczają sytuacji kryzysowej, tracą poczucie bezpieczeństwa oraz stabilności, mają poczucie bezradności, pustki, beznadziei, są apatyczne, bierne, doświadczają wahań nastroju, mogą impulsywnie reagować i wykazywać zaburzenie jasności myślenia i chaotyczność działań (E. Włodarczyk 2011, s. 317).

W literaturze przedmiotu można spotkać się z pięcioma głównymi rodzajami sytuacji kryzysowych: „granicznych, trudnych, skrajnych, ekstremalnych, krańcowych" (M. Górecki 2001, s. 79):

1. **Sytuacje deprywacji.** „Sytuacją deprywacji nazywamy taką sytuację, w której podmiot działający pozbawiony jest czegoś, co jest potrzebne do jego normalnego życia lub funkcjonowania, albo inaczej mówiąc, sytuację, w której nie są zaspokojone jakieś podstawowe potrzeby podmiotu" (T. Tomaszewski 1978, s. 32-33). Tym „czymś", co jest człowiekowi potrzebne do codziennego funkcjonowania, może być wszystko, co wiąże się z podstawowymi potrzebami fizjologicznymi, psychicznymi bądź społecznymi, np. jedzenie, poczucie bezpieczeństwa, relacje interpersonalne z innymi ludźmi itp. (B. Matyjas 2013, s. 115). Należy przy tym podkreślić, że szczególnym rodzajem deprywacji będzie zanik wartości, a co się z tym wiąże - utrata poczucia sensu podejmowanych działań bądź w konsekwencji nawet utrata poczucia sensu własnego życia. Uważa się, że ten rodzaj deprywacji stanowi istotną przyczynę uzależnień, w tym uzależnienia od alkoholu, jak również, w skrajnych sytuacjach, stanowić może jedną z przyczyn samobójstw (T. Tomaszewski 1978, s. 33). Badania wskazują, że u około połowy osób przewlekle używających alkohol, co najmniej raz w życiu pojawiają się zaburzenia depresyjne, które wymagają specjalistycznego leczenia. Jak podaje Stanisław Pużyński, „zaburzenia depresyjne wśród osób uzależnionych od alkoholu są zjawiskiem częstym" (S. Pużyński 2002, s. 90).
2. **Sytuacje konfliktowe.** Powstają, gdy jednostka znajduje się w obszarze działania przeciwstawnych sił. Można przy tym wyróżnić zarówno siły natury fizycznej, jak również psychologicznej. Mogą one przybrać charakter konfliktu wewnętrznego, np. konfliktu ról, zadań, kompetencji (T. Tomaszewski 1978, s. 34).
3. **Sytuacje przeciążenia.** Występują w momencie, gdy dany podmiot, nie ma na tyle siły fizycznej/psychicznej, by podołać danej sytuacji. Przykładem może być zbyt duża ilość

zadań do wykonania, zbyt duża ich trudność, zbyt ciężkie rzeczy do dźwigania przez osobę niemającą tyle siły, by je unieść itp. W konsekwencji takich sytuacji, jednostka nierzadko boryka się z zaburzeniami nerwowymi, przejściowymi stanami napięcia nerwowego, czy z mniej bądź bardziej trwałymi nerwicami (T. Tomaszewski 1978, s. 33).

4. **Sytuacje utrudnienia.** Sytuacje te pojawiają się w momencie, gdy możliwość wykonania jakiegoś zadania zostaje zminimalizowana na skutek braku elementów niezbędnych bądź występowania elementów zbędnych. W konsekwencji mowa tu zarówno o brakach, jak i o przeszkodach, które dezorganizują daną sytuację i utrudniają wykonywanie określonych czynności przez jednostkę. Zarówno jedne, jak i drugie doprowadzają do dezorganizacji jej funkcjonowania i utrudniają czynności zarówno wykonawcze, jak i decyzyjne (B. Matyjas 2008, s. 116).

Wyżej wyróżnione typy sytuacji kryzysowych obrazują szeroki wachlarz różnorodnych źródeł, które mogą prowadzić do wystąpienia dezorganizacji funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Najczęściej jednemu rodzajowi sytuacji kryzysowej towarzyszy inny - w konsekwencji różne ich typy współwystępują ze sobą. Wówczas często od zasobów zarówno jednostkowych, jak również od zasobów, jakimi dysponuje system rodzinny, zależy to, jak dana sytuacja zostanie rozwiązana.

Zjawisko kryzysu oraz kryzysu w rodzinie

Omawiane sytuacje kryzysowe są czymś, co poprzedza wystąpienie kryzysu u jednostki bądź w rodzinie, a sam termin **„kryzys”** będący pochodzenia greckiego („krino”- rozróżniam; rozstrzygam) oznacza „moment rozstrzygający; punkt zwrotny; okres przełomu” (E. Sobol 2002, s. 617). W takim rozumieniu kryzys jest czymś, co może być powodem zakończenia czegoś (np. zaistniałej sytuacji) i rozpoczęcia nowego stanu. Należy jednak wspomnieć, że kryzys nie może być rozpatrywany tak jednoczynnikowo, ponieważ jest terminem bardzo szeroko i różnorodnie rozumianym w zależności zarówno od autora podejmującego się próby jego zdefiniowania, jak również od nauki, w kontekście której ma być wyjaśniany (B. Matyjas 2008, s. 112).

W psychologii kryzys rozumiany może być jako zjawisko, które jest złożone oraz ograniczone w czasie; sytuacja zagrożenia, która może stać się okazją samorozwoju jednostki i jej samorealizacji stawiając ją przed sytuacją podejmowania wyborów (H. Skłodowski 2010, s. 10). Z kolei w pedagogice uwydatniona jest problematyka kryzysu związanego z uczeniem się i nauczaniem, a w socjologii kryzysu w aspekcie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych (B. Matyjas 2013, s. 54).

Bożena Matyjas, odwołując się do przywoływanych przez R. K. James i B. E. Gilliland definicji kryzysu, dokonuje ich podsumowania wskazując, że: „kryzys jest odczuwaniem lub doświadczaniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami" (B. Matyjas 2008, s. 113).

Koncentrując swoje rozważania na problematyce **kryzysu rodzinnego**, należałoby dookreślić, jak to zjawisko jest rozumiane w kontekście funkcjonowania systemu rodzinnego. Za Elżbietą Leśniak oraz Agnieszką Dobrzyńską-Mesterhazy można napisać, że **kryzys w rodzinie to „przejściowa dezorganizacja systemu, wymagająca wprowadzenia zmian w celu przywrócenia stabilności i równowagi wewnątrzrodzinnej"** (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 84). Czynnikami, które wywołują kryzys w rodzinie, będą takie wydarzenia życiowe, które powodują zmianę w systemie rodzinnym (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 88). Wśród omawianych czynników można wyróżnić następujące:

- zmiany w strukturze rodziny spowodowane na przykład rozwodem, śmiercią członka systemu, urodzeniem się dziecka itp.;
- wyczerpanie się zasobów rodziny, co może być spowodowane na przykład opieką nad przewlekle chorym członkiem systemu;
- nadmierna eksploatacja zasobów rodziny, która jest spowodowana permanentnie występującymi napięciami;
- umiejętności oraz zasoby rodziny okazują się niewystarczające wobec wymagań (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 84).

Nie każdy jednak kryzys musi prowadzić do zmiany negatywnej bądź stanowić przyczynek dezorganizacji systemu rodzinnego w taki sposób, że ten, by przywrócić stan równowagi, musi uzyskać specjalistyczną pomoc z zewnątrz. W przypadku rodziny można wyróżnić kilka kategorii kryzysów.

1) **Normatywne kryzysy rozwojowe.** Korelują z nimi następujące wydarzenia życiowe: zawarcie związku małżeńskiego, narodziny dziecka, pójście do szkoły, okres adolescencji, opuszczanie gniazda rodzinnego. Wiążą się one z rozwojem każdej rodziny i są nieodłącznie związane z jej życiem. Ta kategoria kryzysów może mieć przebieg typowy bądź ostry wiążący się z ryzykiem przejścia w stan przewlekły.

2) **Kryzysy incydentalne, losowe,** które wywołane zostają przez zdarzenia niezaplanowane (np. gwałt, przedwczesna śmierć, utrata pracy, choroba). Ta kategoria kryzysów nie występuje we wszystkich rodzinach.
3) **Kryzysy endogenne,** które zostają wywołane przez dysfunkcjonalne wzorce rodzinne. Przykład mogą stanowić kryzysy występujące w rodzinach osób uzależnionych od alkoholu bądź takich, w których stosuje się przemoc (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 85).

Podobnie jak kryzys jest zjawiskiem wielowymiarowym, tak również konsekwencje radzenia sobie z nim mogą być zarówno pozytywne, jak i negatywne, w zależności od jego rodzaju, jak również sposobu przezwyciężenia. Zależy to w dużej mierze od jego specyfiki, a konkretniej od cech go charakteryzujących. Ich szczegółowego objaśnienia dokonali Richard K. James oraz Burl E. Gilliland. Chciałabym na bazie opisu wspomnianych autorów, przedstawić krótko najważniejsze z nich:

a) kryzys może stanowić zarówno zagrożenie, jak również szansę; jest to zależne od sposobu reakcji rodziny na omawiane zjawisko;
b) kryzys charakteryzuje się skomplikowaną symptomatologią, w konsekwencji nie ma możliwości, by go zrozumieć bądź wyjaśnić przyczynowo - skutkowo; w swojej etiologii jest zazwyczaj niezwykle skomplikowany i by go dookreślić, należałoby spojrzeć na niego holistycznie;
c) kryzys może prowokować jednostkę, bądź cały system rodzinny, do zmiany i rozwoju, jeśli dyskomfort oraz stres mu towarzyszący będą tak wysokie, że będzie on czynnikiem motywującym do działania;
d) kryzys charakteryzuje brak szybkich rozwiązań oraz natychmiastowej poprawy sytuacji; osoby będące w kryzysie często wymagają długotrwałego wsparcia i pomocy, ponieważ poprawa samopoczucia i danej sytuacji nie następują szybko;
e) kryzysowi towarzyszy konieczność dokonania jakiegoś wyboru przez jednostkę/rodzinę; wiąże się to z podjęciem działania, a w konsekwencji dokonania zmiany, ruszenia z „martwego punktu" (R. K. James, B. E. Gilliland 2004, s. 26-28);
f) każdy kryzys jest w swej istocie unikatowy – wyjątkowy; oznacza to, że okoliczności związane z kryzysem dla danej grupy osób są bardzo trudne i dezorganizują znacząco ich życie; z kolei druga grupa osób, dzięki swoim zasobom, będzie w stanie, bez większych problemów i samodzielnie, poradzić sobie z zaistniałą sytuacją (R. K. James, B. E. Gilliland 2004, s. 26-28).

Oprócz wyżej wyróżnionych cech oraz typologii kryzysów, można wskazać jeszcze na dwie podstawowe i bardzo istotne kategorie, które często wyodrębnia się w literaturze przedmiotu: normatywne kryzysy rozwojowe i nienormatywne kryzysy rozwojowe.

Te pierwsze wiążą się, w wyniku ich doświadczania, z nabywaniem przez rodzinę nowych kompetencji oraz „powstawaniem nowych całości, łączących w sobie - na coraz to nowych zasadach, zgodnych z logiką rozwoju w danym obszarze - kompetencje stare, opanowane we wcześniejszych stadiach rozwoju, i kompetencje nowe, opanowywane w aktualnym stadium rozwoju" (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 86-87).

Z kolei druga grupa kryzysów wynika z przeciążenia u rodziny powstałego na skutek zachwiania równowagi pomiędzy posiadanymi przez nią zasobami, naturalnym systemem wsparcia społecznego a występującymi nowymi, często nieprzewidywalnymi obciążeniami. W przypadku gdy dana osoba doświadcza normatywnego kryzysu rozwojowego zbyt długo, w dodatku nie dysponuje ona zasobami umożliwiającymi jej konstruktywne poradzenie sobie z nim a sieć wsparcia społecznego jest nieadekwatna/niewystarczająca bądź nie ma jej wcale, wówczas może się on przekształcić w nienormatywny kryzys (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 87).

Najważniejszymi źródłami odporności rodziny przed przejściem kryzysu normatywnego w kryzys przewlekły, bądź w uporaniu się z kryzysami incydentalnymi czy endogennymi, będą jej umiejętności oraz zasoby. Wśród zasobów można wyróżnić trzy potencjalne źródła: **pojedynczy członkowie systemu** (inteligencja jednostki, wiedza oraz umiejętności, zasoby osobowościowe itp.), **rodzina, jako całość** (spójność rodziny, adaptacyjność, organizacja rodziny, umiejętność porozumiewania się, wytrzymałość rodziny, ilość oraz forma spędzanego wspólnie czasu, zdolność rodziny do wykorzystywania zasobów indywidualnych) oraz **społeczeństwo**, w którym funkcjonuje (grupy społeczne, instytucje itp.) (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 90).

Wśród innych czynników mających duży wpływ na to, w jaki sposób rodzina poradzi sobie z kryzysem, można wskazać następujące.

- **Indywidualną percepcję wydarzenia krytycznego** - każda rodzina w unikatowy dla niej sposób będzie interpretowała dane zdarzenie, ponieważ wszyscy jej członkowie mają tylko sobie właściwe, wyjątkowe schematy poznawcze[72]. Nie istnieją dwie identyczne osoby pod względem percepcji danej sytuacji, a tym

[72] Przez **schematy poznawcze** rozumie się „struktury poznawcze, za pomocą których ludzie organizują swoją wiedzę o świecie według pewnych tematów; schematy silnie wpływają na to, co z otrzymanej informacji zauważamy, o czym myślimy i co później pamiętamy" (E. Aronson, T. D. Wilson, R. M. Akert 2006, s. 128).

bardziej dwa identyczne systemy rodzinne, których członkowie w jednakowy sposób postrzegaliby dane zdarzenie. W konsekwencji dane zdarzenie przez jedną rodzinę będzie postrzegane jako kryzys i będzie dla niej dezintegrujące, z kolei inny system rodzinny będzie postrzegał tę samą sytuację jako szansę na rozwój. Bardzo istotne są przy tym doświadczenia własne jednostki oraz całego systemu rodzinnego (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 90).

- **Globalną ocenę wydarzenia krytycznego** - rodzina jako całość również wykształca własne kryteria oceny danej sytuacji, które wpływają na wielkość znaczenia nadawanego sytuacjom kryzysowym i tym samym, nierzadko na sposób radzenia sobie z nimi. Jeśli wszyscy członkowie rodziny w jednakowy sposób postrzegają trudną sytuację, wówczas ułatwi to całej rodzinie poradzenie sobie z nią (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 90).

W konsekwencji odmienna percepcja trudnej sytuacji będzie powodowała różny repertuar zachowań i sposobów radzenia sobie z nią w rodzinie i poza jej granicami. Stanowi to o różnorodności strategii zaradczych systemów rodzinnych w momencie doświadczania stresu. Marilyn A. McCubbin oraz Hemilton I. McCubbin wyróżnili cztery takie strategie.

1) Podejmowanie przez członków rodziny działań, których celem jest uzyskanie dodatkowych zasobów.
2) Podejmowanie działań, których celem jest zredukowanie liczby i/lub intensywności wymagań.
3) Poszukiwanie wspólnych sposobów odreagowania trudnej sytuacji.
4) Zmiana znaczenia trudnej sytuacji w taki sposób, by ta stała się bardziej przez rodzinę akceptowana. Dzieje się to w momencie, gdy zostanie dokonana zmiana widzenia trudności, obniżone zostaną oczekiwania względem siebie, dokonana zostanie zmiana widzenia zasobów systemu rodzinnego bądź zaakceptowanie faktu, że rodzina robi wszystko, co w jej mocy, by uporać się z sytuacją stresującą (E. Leśniak, A. Dobrzyńska-Mesterhazy 1996, s. 91).

Istotną rolę w opisie strategii radzenia sobie rodziny z sytuacjami kryzysowymi odgrywa model prężności rodzinnej i związane z nim czynniki ochronne, które prowadzą do adaptacji oraz przystosowania rodziny, mimo istnienia czynników stresu i ryzyka. Wśród wspomnianych czynników ochronnych wyróżnia się:

1) stopień podatności rodziny na nadmierny stres;
2) zdolność rodziny do rozwiązywania problemów;
3) obecność zasobów wspomagających rodzinę;

4) znaczenie, jakie rodzina przypisuje danej sytuacji (K. Gąsior 2014, s. 83).

Jednym z głównych autorów, który zaproponował kompleksowe podejście do problematyki zmiennych, które wpływają na występujące między rodzinami różnice w płaszczyźnie ich adaptacji do sytuacji stresowych, był Reuben Hill - twórca teorii kryzysu rodzinnego. Autor ten opracował formułę ABCX, zgodnie z którą: A określane jest jako stresor, który oddziałuje wzajemnie na siebie z B, czyli ze środkami, jakimi rodzina dysponuje w celu przezwyciężenia kryzysu, oraz z C, czyli ze sposobem, w jakim rodzina percypuje stresor, co prowadzi do powstania X, czyli kryzysu (M. Radochoński 1987, s. 59- 61). Model Reubena Hilla obrazuje mechanizm rozwoju sytuacji stresowej aż do momentu, w którym w rodzinie występuje kryzys, jednak nie wyjaśnia dwóch, bardzo istotnych kwestii: tego, co dzieje się po wystąpieniu kryzysu oraz w jaki sposób system rodzinny odzyskuje zakłóconą równowagę. Dopiero koncepcja R. Burra, oparta na podejściu systemowym, stara się uzupełnić wiedzę z zakresu stresu w rodzinie o brakujące elementy. Dodatkowo wzbogacona została ona badaniami H. I. McCubbina oraz jego współpracowników, prowadzonymi w populacji rodzin doświadczających długotrwałego stresu, spowodowanego brakiem mężów/ojców, którzy ponieśli śmierć na polu bitwy w Wietnamie. Na ich podstawie stworzono Teorię Podwójnego ABC/X, która „najpełniej wyjaśnia złożoność mechanizmów uczestniczących w powstawaniu kryzysu, jak i w procesie pokryzysowej readaptacji systemu rodzinnego" (W. Świętochowski 2010, s. 92). Model ten jest wzbogacony o cztery zmienne dodatkowe, którymi są:

- te stresory oraz wymagania (aA), które zostały nagromadzone i pojawiły się przed kryzysem (a), jak również te, które pojawiły się po kryzysie (A);
- zasoby (bB), na które składają się zarówno te, które już istnieją w rodzinie (b), których celem jest wspomaganie jej w tym, by nie doszło do wystąpienia kryzysu w wyniku działania określonego stresora oraz nowe zasoby (B), które powstały w fazie „po kryzysie" i zostały dodane do zasobów już istniejących w rodzinie; aktywizacja tych zasobów zachodzi na skutek wymagań stawianych rodzinie przez nagromadzone stresory; to w jaki sposób rodzina dysponuje swoimi zasobami nierzadko ma decydujące znaczenie dla jej reakcji (dez)adaptacyjnej oraz ograniczenia skutków stresu; te systemy rodzinne, które dysponują znacznymi zasobami, nie potrafią jednak ich umiejętnie wykorzystać, równocześnie przejawiają większą podatność na stresor i dłużej borykają się z obciążeniami z nimi związanymi (W. Świętochowski 2010, s. 94);
- rodzinne znaczenia oraz definicje (cC); składa się na nie rodzinna percepcja sytuacji kryzysowej w sytuacji, gdy ta poddawana jest działaniom stresorów; ujmując

całościowo sytuację kryzysu, należałoby wziąć pod uwagę: stresor, który uważany jest za przyczynę kryzysu, dodatkowe stresory i napięcia występujące w rodzinie, stare oraz nowe zasoby, oceny tego, co powinno zostać w rodzinie zrobione, by ta mogła odzyskać stan homeostazy;

– radzenie sobie, które ma na celu adaptację (xX); dla poradzenia sobie z występującym w rodzinie kryzysem istotna jest nie tylko jego percepcja przez rodzinę oraz jej zasoby, ale także realizowana przez nią aktywność w kontekście doświadczania trudnej sytuacji (B. H. Lachowska 2013, s. 15).

W scharakteryzowanym powyżej modelu konsekwencją jest adaptacja (xX). Obejmuje ona (adaptacja) zakres działań i ich rezultatów w odniesieniu do osiągnięcia przez rodzinę równowagi między jednym systemem/podsystemem a możliwościami innego systemu/podsystemu. Brak dopasowania, rozumiany jako brak równowagi pomiędzy wymaganiami jednego systemu/podsystemu a możliwościami ich realizacji przez inny system/podsystem, generuje stres rodzinny i rodzi potrzebę jej restrukturyzacji (B. H. Lachowska 2013, s. 16).

Istotną rolę w poradzeniu sobie rodziny ze stresorem/stresorami, odgrywają jej zasoby, a konkretniej zasoby systemowe, które McCubbin, Olson oraz Larsen określają, jako „coś więcej" aniżeli podstawowe cechy wymiarów systemu (W. Świętochowski 2010, s. 94). Wskazują dwa oddzielne wymiary mocnych stron rodziny - jej dumę oraz zgodę. Przez **dumę** rozumieją zespół cech, które mogą być wyznacznikami darzenia się wzajemnym szacunkiem przez członków rodziny oraz wyznawaniu przez nich podobnych poglądów, jak również wartości. Z kolei **zgoda** odnosi się do przekonania o braku istotnych i zasadniczych konfliktów w systemie rodzinnym, wzajemnej akceptacji członków rodziny oraz jej skuteczności, jak również sprawności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami (W. Świętochowski 2010, s. 94).

Pisząc o zasobach rodzinnych, oprócz kategorii wyżej wyróżnionej, w literaturze przedmiotu można znaleźć szereg różnorodnych ujęć tego terminu. Powołując się na Beatę Marię Nowak, przez **zasoby rodzinne** rozumiem „zbiór wszystkich dostępnych rodzinie (zewnętrznych, społeczno-środowiskowych) i posiadanych przez nią (wewnętrznych - osobowych i systemowych) elementów sprzyjających rozwojowi" (B. M. Nowak 2012, s. 13). Można spotkać się również z innym określeniem zasobów rodzinnych - prężnością rodziny, czyli *resilience*[73] bądź *empowerment*, co oznacza proces nabywania wiedzy o potencjałach

[73] Sformułowanie *resilience*, w odniesieniu do dorosłych dzieci alkoholików, zostanie szerzej omówione w dalszej części pracy.

indywidualnych, osobistych oraz możliwościach ich wykorzystania w trudnej sytuacji (B. M. Nowak 2012, s. 13).

To, w jaki sposób rodzina wykorzysta dostępne jej zasoby, w dużej mierze determinowane jest „przez strategie zmagania się ze stresem stosowane przez jej członków" (W. Świętochowski 2010, s. 94). Precyzyjniejsze poznanie sposobów oraz mechanizmów radzenia sobie przez rodzinę ze stresem/trudnymi sytuacjami, pomoże w lepszym zrozumieniu tego, w jakim stopniu wykorzystuje ona dostępne jej zasoby. Jest to tak samo istotne, jak badanie rodzajów oraz siły stresorów na nią działających. Z badań naukowych wynika, że strategie zmagania się, wykorzystywane przez rodzinę w relacji ze stresorem, najczęściej prowadzą do:

a) eliminowania tych czynników, które wzmagają podatność rodziny na stres, a które równocześnie zaburzają w niej równowagę emocjonalną;
b) zwiększania się zasobów sił oraz środków rodziny, które chronią ją przed rozpadem (np. w wyniku wzrostu jej spójności oraz lepszej organizacji życia rodzinnego);
c) eliminowania bądź zmniejszania siły stresorów, które oddziałują na rodzinę oraz wiążących się z nimi obciążeń i mobilizacji rodziny do tego, by dokonywała odpowiednich zmian w otoczeniu społecznym (W. Świętochowski 2010, s. 95).

Kolejnym istotnym aspektem mającym wpływ na sposób radzenia sobie rodziny z trudnymi sytuacjami, będzie etap jej rozwoju, w którym wystąpiła sytuacja stresowa. Przechodzenie przez kolejne cykle rozwoju rodziny wzbogaca ją o nowe doświadczenia, a tym samym o zasoby związane z radzeniem sobie w danej sytuacji. Innymi strategiami może posługiwać się rodzina w fazie narzeczeństwa, gdy „młodzi ludzie uczą się kontaktu partnerskiego" (K. Ostoja-Zawadzka 1999, s. 21), a innymi rodzina będąca w fazie emerytury i starości, gdy partnerzy wyposażeni są w szereg doświadczeń wzbogacających ich indywidualny i rodzinny system radzenia sobie (K. Ostoja-Zawadzka 1999, s. 29). Wszystkie trudne i stresujące sytuacje, w których członkowie rodziny byli zmuszeni równocześnie rozwijać się przy zachowaniu równowagi systemu, mogą wzbogacić jego funkcjonowanie o nowe zasoby (W. Świętochowski 2010, s. 95). Bowiem stres (albo sytuacja stresowa), która generuje napięcie w rodzinie, nie zawsze musi być rozpatrywany w kategoriach jego negatywnego wpływu na funkcjonowanie jednostki bądź całego systemu rodzinnego. Jak wskazuje Mieczysław Radochoński, „stres stanowiąc istotny element wielu sytuacji, w jakie jesteśmy uwikłani, jest po prostu nieodłącznym aspektem życia. Całkowity brak stresu stanowiłby nie mniejsze zagrożenie niż jego nadmiar" (M. Radochoński 1987, s. 56). **W**

konsekwencji istotny jest nie tyle sam fakt wystąpienia stresu w życiu rodziny, ile jej reakcja i możliwości poradzenia sobie z sytuacją, która ten stres wywołała.

Powyższe rozważania pokazały, że każda rodzina, ze względu na jej indywidualne właściwości, zasoby, możliwości, będzie w różny sposób radziła sobie z trudną sytuacją, a przede wszystkim ją postrzegała i interpretowała. Różnorodność wspomnianych sposobów radzenia sobie rodziny różnicuje ją od innych systemów rodzinnych i stanowi o jej unikatowości i niepowtarzalności. Za Marilyn A. McCubbin oraz H. I. McCubbin można wyróżnić trzy typy rodzin, które zostały skategoryzowane w zależności od ich szczególnych właściwości ułatwiających im radzenie sobie z sytuacją kryzysową. Na każdy z wymienionych typów rodzin składają się jego określone modele.

1) **Rodziny regeneracyjne -** ich charakterystyka opiera się na dwóch wymiarach: **spójności** oraz **wytrwałości** systemu rodzinnego. Od wyżej wyróżnionych cech zależy utrzymanie integralności rodziny i ewentualne przezwyciężanie kryzysu. Spójność rozumiana jest w odniesieniu do znaczenia, jakie rodzina przypisuje wspólnym wartościom, zaufaniu, wierze, lojalności, godności oraz szacunkowi (B. Matyjas 2008, s. 123). By utrzymać spójność systemu rodzinnego ten musi opracować odpowiednie strategie, których uruchomienie ma również służyć zdrowiu psychicznemu każdego członka rodziny. Jak wskazuje Mieczysław Plopa „budowanie spójności rodziny wymaga stosowania strategii, które tak podzielą władzę w rodzinie, aby wszyscy członkowie rodziny czuli się dobrze" (M. Plopa 2011, s. 28). Wobec czego muszą one sprzyjać jej rozwojowi i powodować, że każdy jej członek będzie mógł czuć się wzmocniony, zaakceptowany. Istotna jest również umiejętność rozwiązywania i kierowania konfliktem (M. Plopa 2011, s. 28-29). Z kolei wytrwałość rodziny „określa jej wewnętrzną trwałość oraz takie jej zasady, jak poczucie panowania nad wydarzeniami, poczucie celowości podejmowanych działań i otwarcie się na nowe doświadczenia" (B. Matyjas 2008, s. 123). W typie regeneracyjnym uwzględnia się cztery modele systemów rodzinnych.

a) Rodziny podatne - charakterystyczne są dla nich: niski poziom zarówno wytrzymałości, jak również spójności. W rezultacie pojawienia się kryzysu członkowie tworzący model rodziny podatnej najczęściej reagują zdenerwowaniem, miewają tendencje do wzajemnego obwiniania się i przejawiają wobec siebie mniej zrozumienia i troski. Czują się mniej doceniani i są przekonani, że nie mają sprawczości wydarzeń. Przeciwności oraz pojawiające się trudności postrzegają w kategoriach nieszczęśliwych wypadków bądź przejaw pecha i obwiniają siebie nawzajem za ich wystąpienie. W charakteryzowanym systemie rodzinnym członkowie raczej nie zachęcają się

wzajemnie do aktywności oraz szukania rozwiązań zaistniałej, problematycznej sytuacji (B. Matyjas 2008, s. 124).

b) Rodziny bezpieczne - charakteryzują się niskim poziomem spójności i wysokim poziomem wytrzymałości. Na sytuacje kryzysowe reagują, podobnie jak poprzedni model rodzin, zdenerwowaniem oraz obwinianiem siebie wzajemnie. Jednakże ich dużym zasobem jest wysoki poziom wytrzymałości. W konsekwencji mają poczucie celowości podejmowanych działań oraz czują się doceniani. Mają poczucie wpływu na wydarzenia, których doświadczają. Rodziny bezpieczne są rodzinami aktywnymi, aczkolwiek ich członkowie nie wspierają się wzajemnie w sytuacji kryzysu (B. Matyjas 2008, s. 124).

c) Rodziny trwałe - charakteryzują się wysokim poziomem spójności, jednak niskim poziomem wytrzymałości. Są mało aktywne oraz cechuje je niskie poczucie kontroli, panowania nad sytuacjami. Z drugiej strony ich członkowie pozytywnie postrzegają siebie wzajemnie, a z trudnościami radzą sobie poprzez okazywanie szacunku, zaufania, zachowanie emocjonalnej stabilności oraz spokoju (B. Matyjas 2008, s. 124).

d) Rodziny regeneracyjne - cechują się wysokim poziomem zarówno spójności, jak również wytrzymałości. Z pojawiającymi się problemami radzą sobie poprzez okazywanie szacunku i zaufania poszczególnym członkom systemu rodzinnego, jak również poprzez zachowanie stabilności i spokoju, czyli podobnie, jak rodziny trwałe. Uważają, że panują nad sytuacją oraz mają poczucie celowości i sensu życia (B. Matyjas 2008, s. 124).

2) W dalszej kolejności wymienia się **rodziny sprężyste.** Ich charakterystyka została dokonana w płaszczyźnie dwóch wymiarów: więzi oraz elastyczności systemu rodzinnego. Wymiar więzi określany jest przez stopień, w jakim członkowie rodziny są ze sobą emocjonalnie związani[74]. Z kolei drugi wymiar - wymiar elastyczności - określany jest przez stopień, w jakim rodzina może zmienić granice, pełnione role, swoje reguły w odpowiedzi na sytuacje kryzysowe. Wyznacznikami elastyczności będzie otwarty wzorzec komunikacji, możliwość przejmowania obowiązków, gotowość członków rodziny do wypracowywania

[74] Odwołując się do płaszczyzny emocjonalnego przywiązania poszczególnych osób tworzących system rodzinny, należałoby zwrócić uwagę, że istnieją rodziny, których członkowie z zewnątrz są ze sobą, ujmując potocznie, silnie związani. Wydawać by się mogło, że są ze sobą bardzo blisko, a przez to - są ze sobą szczęśliwi. Jednak należałoby rozdzielić konstruktywne przywiązanie i konstruktywną symbiozę od destrukcyjnego przywiązania, które jedynie z pozoru jest czymś, co scala rodzinę i pozwala jej członkom prawidłowo się rozwijać. Jednak to, czy więzi występujące w rodzinie są tymi więziami, które wpływają konstruktywnie na funkcjonowanie ich członków i całego systemu, czy jedynie z pozoru takimi się wydają, jest kwestią niezwykle trudną do rozstrzygnięcia jedynie w krótkim i powierzchownym kontakcie z rodziną i wymaga dłuższego poznania sposobów jej funkcjonowania.

kompromisów, aktywne ich uczestnictwo w podejmowaniu decyzji. Podobnie jak w przypadku rodzin regeneracyjnych, również wśród rodzin sprężystych można wyróżnić ich cztery modele (B. Matyjas 2008, s. 124-125).

a) Rodziny kruche - cechuje je niski poziom zarówno więzi, jak i elastyczności. Członkowie tego systemu rodzinnego unikają siebie nawzajem i rzadko polegają na sobie. Wykazują trudność w płaszczyźnie realizowania różnych czynności w ramach swojej rodziny. Członkom tych rodzin trudno jest wypracować kompromis. Cechuje ich brak doświadczenia w przejmowaniu obowiązków innych członków rodziny oraz utrwalone wzorce postępowania. Najczęściej nie wszyscy członkowie tworzący rodzinę kruchą, są jednakowo włączeni w podejmowanie decyzji (B. Matyjas 2008, s. 125).
b) Rodziny związane - jak wskazuje nazwa - charakteryzuje je wysoki poziom więzi, z kolei niski poziom elastyczności. Członkowie rodzin związanych wykazują umiejętność współdziałania oraz mają poczucie wewnętrznej jedności. Z drugiej strony niechętnie wypracowują kompromis, wykazują sztywne i utrwalone wzorce postępowania. W sytuacjach kryzysowych najczęściej opierają swoje działania na poczuciu jedności oraz wspólnoty przy jednoczesnym braku chęci do jakichkolwiek zmian (B. Matyjas 2008, s. 125).
c) Rodziny giętkie - charakteryzują się wysokim poziomem elastyczności i niskim poziomem więzi. Członkowie tych rodzin wiedzą, czego chcą, są zdolni do zawierania kompromisów, potrafią elastycznie dysponować obowiązkami pomiędzy sobą, mają wpływ na podejmowane decyzje. Mimo wymienionych powyżej zasobów rodzin giętkich, ich członkowie mają słabe poczucie więzi rodzinnych i chętniej odwołują się do osób spoza własnego systemu rodzinnego (B. Matyjas 2008, s. 125).
d) Rodziny sprężyste - charakteryzują się wysokim poziomem więzi oraz elastyczności. Mają poczucie wewnętrznej jedności oraz wykazują gotowość do zmiany. Członkowie rodzin sprężystych polegają na sobie i współdziałają ze sobą. Są również na tyle elastyczni w swoim funkcjonowaniu, że potrafią wprowadzać zmiany we własnym systemie rodzinnym (B. Matyjas 2008, s. 125).

3) Kolejny typ rodzin - **rodziny rytmiczne** - są charakteryzowane przez pryzmat wspólnie spędzanego czasu oraz znaczeniu, jakie się jemu nadaje. Wspólnie spędzany w rodzinie czas może być czymś, co umacnia jej członków, a przewidywalność zachowań w ramach realizacji codziennych zadań może stanowić podłoże poczucia bezpieczeństwa w systemie rodzinnym.

a) Rodziny bezwzorcowe - ich członkowie niewiele czasu spędzają razem, równocześnie nie nadają wysokiego znaczenia wspólnie wykonywanym aktywnościom (B. Matyjas 2008, s. 126).
b) Rodziny intencjonalne - ich członkowie niewiele czasu spędzają razem i mimo wykazywanego oporu przed podejmowaniem wspólnej aktywności i nieumiejętnością regularnego spotykania się, to nadają jej wysoką rangę (B. Matyjas 2008, s. 126).
c) Rodziny ustrukturowane - członkowie tych rodzin silnie akcentują wspólne spędzanie ze sobą czasu przy równoczesnym niskim nadawaniu temu ważności. Oznacza to, że angażują się we wspólną działalność, jednak nie chcą/nie potrafią przyznać się, że jest to dla nich ważne (B. Matyjas 2008, s. 126).
d) Rodziny rytmiczne - ich członkowie zarówno wysoko cenią sobie wspólne spędzanie wolnego czasu, jak również kładą na to nacisk. Wspólne podejmowanie aktywności wzmacnia ich poczucie więzi, jak również wprowadza przewidywalność rytmu życia (B. Matyjas 2008, s. 126).

Mówiąc o rodzinach alkoholowych należy podkreślić duży stopień ich heterogeniczności. Nie w każdej rodzinie, w której jeden z członków boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu, musi np. być stosowana przemoc fizyczna. Niemniej jednak tym, co może stanowić wspólny mianownik dla wszystkich systemów alkoholowych, jest trudność bądź nieumiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, również takimi, które generują stres w systemie bądź doprowadzają do wystąpienia kryzysu.

W literaturze przedmiotu często wskazuje się, że członkowie rodziny alkoholowej żyją w nieustannym stresie oraz chaosie, który często (choć nie zawsze) wynika z uzależnienia jednostki i warunkowany jest wieloczynnikowo (destabilizacją ról rodzinnych i społecznych, konfliktami wewnątrzrodzinnymi, pojawiającymi się kryzysami itp.) (W. Sztander 1997; S. Wegscheider - Cruse 2000; A. Margasiński 2011; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010 i in.). Wanda Sztander, wymieniając sześć podstawowych objawów współuzależnienia, akcentuje rolę stresu jako ważnego wyznacznika sięgania po środki psychoaktywne przez osobę współuzależnioną (W. Sztander 2006, s. 17- 18).

Widać więc, że stres, a właściwie (nie)umiejętność radzenia sobie z nim przez członków rodziny, odgrywa ważną rolę. By móc jednak próbować go przezwyciężyć, należałoby ustalić, co go generuje, jakie są jego źródła. Niestety często trudno określić, czy stres jest przyczyną, czy wtórną konsekwencją już istniejącego problemu, ponieważ „w wielu przypadkach zachowanie rodziny jest tak złożone, że nie wiadomo, czy określone symptomy i napięcia są częścią reakcji stresowej, czy też wtórnie występującymi stresorami" (W. Świętochowski 2010,

s. 100). Zwłaszcza, że zgodnie z ujęciem systemowym, mówiąc o chorobie przewlekłej w rodzinie, należy przyjąć założenie o przyczynowości cyrkularnej - reakcja rodziny, najczęściej przebiega relatywnie z modelem podwójnego ABC/X, gdzie proces radzenia sobie rodziny z występującym stresem kończy się w fazie adaptacji, która może przyjąć dwojaką postać: dobrą bądź złą[75] (W. Świętochowski 2010, s. 97).

Należy również zwrócić uwagę na to, że uzależnienie jednostki może być traktowane jako element rozładowania napięcia powstałego jeszcze przed wystąpieniem problemu alkoholowego u niej. Może stać się jednym ze sposobów radzenia sobie rodziny z powstałą już wcześniej trudnością. W tym przypadku (i nie tylko) choroba alkoholowa jednostki ma swoją rolę - jej zadaniem będzie bowiem utrzymanie tożsamości systemu i utraconej, z powodu kryzysu, jego równowagi wewnętrznej.

Stres w rodzinie alkoholowej generowany jest także przez jej patogenne formy struktury, komunikacji oraz strategie postępowania (nazewnictwo i określenie w zależności od koncepcji - strukturalnej, komunikacyjnej bądź strategicznej). Zalicza się do nich między innymi: nadmiernie sztywne lub/i przepuszczalne granice (zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne), częste konflikty, niewydolność wychowawczą rodziców, niepełną komunikację, tłumienie ekspresji jednostki bądź nieadekwatne do sytuacji wyrażanie przeżywanych emocji oraz uczuć itd. (W. Świętochowski 2010, s. 99). Jedną ze wspomnianych patogennych strategii postępowania w konsekwencji doświadczania stresu lub/i kryzysu w rodzinie, jest używanie alkoholu jako środka uspokajającego[76], który ma służyć do obniżenia pojawiającego się napięcia, zwłaszcza w sytuacji, gdy jednostka ma ograniczony zasób umiejętności zaradczych w sytuacjach dla niej trudnych (w wielu badaniach naukowych jest to szeroko omawiane) (M. L. Cooper, M. Russell, M. R. Frone 1990; J. Greeley, T. Oei 1999)[77]. R. C. Cronkite oraz R. H. Moos w realizowanych przez siebie badaniach podłużnych nad psychologicznymi następstwami stresu chronicznego wśród 267 małżeństw wykazali, że oprócz nerwic i chorób psychosomatycznych, na trzecim miejscu znajduje się konsumpcja alkoholu, która nierzadko prowadzi do rozwoju uzależnienia jako reakcji na stres - w szczególności stres chroniczny (J. F. Terelak 2001, s. 303).

[75] Shontz wzmiankuje, że po fazie adaptacji rodziny do sytuacji stresowej, może pojawić się jednak jeszcze jedna faza: reorientacji, charakteryzująca się tym, że chory, właśnie dzięki chorobie ma „możliwość odkrycia wzbogaconego obrazu świata i siebie samego" (W. Świętochowski 2010, s. 97). Podobnie można mówić o procesie reorientacji systemu rodzinnego (W. Świętochowski 2010, s. 98).

[76] Właściwości alkoholu mogą prowadzić do zmniejszenia niepokoju jednostki, a w konsekwencji stać się jedną z przyczyn jego spożycia w wyniku działania silnego stresu. Etanol może prowadzić do zmniejszenia biochemicznych oraz behawioralnych skutków działania stresu (W. Dyr 2005, s. 12).

[77] Spożywanie alkoholu może być także widoczne u pozostałych członków rodziny, np. dzieci, które przede wszystkim takiej formy „radzenia sobie" doświadczyły w wyniku obserwacji zachowań rodzica/rodziców.

Podsumowując, „w zasadzie każda rodzina dotknięta jest lub przechodzi kryzys w swej małej dynamice i w różnym natężeniu. Mogą one mieć przebieg przejściowy czy też typowy lub z różnych powodów szczególnie ostry, z ryzykiem przejścia w kryzys przewlekły" (S. Kawula 2004, s. 163). Odpowiednia diagnoza i rozpoznanie danego systemu rodzinnego stanowi podstawę adekwatnej pomocy w sytuacji kryzysowej. Duże znaczenie mają, jak wspomniałam wcześniej, zasoby rodziny oraz jej sposób radzenia sobie z pojawiającym się stresem i kryzysem. Zdarza się, że dany system, mobilizując swoje siły, konstruktywnie radzi sobie z zaistniałą sytuacją. Bywa również tak, że rodzina nie potrafi przywrócić wewnętrznej homeostazy, jej sposoby radzenia sobie nie są wystarczające, co może prowadzić do adaptacji do długotrwałego stresu. Dzieje się tak w szczególności w systemach zamkniętych, zwartych, np. w rodzinach alkoholowych. W konsekwencji bardzo często efektywność podejmowanych działań socjalnych na rzecz rodziny zależy od trafności opisu występującego kryzysu oraz „poszukiwania tych zmiennych środowiska rodzinnego, które przyczyniają się do łagodzenia skutków kryzysu bądź jego przezwyciężenia" (B. Matyjas 2013, s. 63). Dlatego tak istotne jest wsparcie społeczne w radzeniu sobie rodziny z trudnymi sytuacjami czy kryzysem.

ROZDZIAŁ IV

Wsparcie społeczne- główne ujęcia definicyjne

Wsparcie społeczne[78] jest określeniem, które trudno jednoznacznie zdefiniować, obejmując równocześnie wielość jego znaczeń. W związku z tym rzadziej podejmuje się próby jego ścisłego zdefiniowania, wskazując jedynie na operacyjne określenia tego zjawiska.

Wiedza odnosząca się do problematyki wsparcia społecznego ma swoje źródła w obserwacjach klinicznych, jak również działaniach grup samopomocowych oraz pomocowych (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 11). Z badań wielu ośrodków uniwersyteckich, prowadzonych w takich krajach, jak m.in.: USA, Kanada, Anglia, Holandia, wynika, że pojęcie to pojawiło się w latach siedemdziesiątych (M. Parchomiuk, B. Mazur 2003, s. 83). Jednak jeszcze w latach osiemdziesiątych oraz dziewięćdziesiątych znaczna część autorów twierdziła, że omawiany termin jest bardzo wieloznaczny, nie ma jednej definicji oraz „istnieją poważne kontrowersje dotyczące teoretycznego ujmowania tego, co kryje się za określeniem wsparcie społeczne" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 11). Jak wskazują Beata Mazur oraz Stanisława Byra, „pojęcie wsparcia społecznego przyjmuje różnorodną konotację w zależności od modelu teoretycznego, w obrębie którego jest definiowane" (B. Mazur, S. Byra 2004, s. 148). Niektórzy autorzy ujmują ten termin w szersze ramy teoretyczne, określając go jako pomoc niesioną jednostce w sytuacjach trudnych bądź w kategoriach przynależności człowieka do sieci społecznych. W innych ujęciach teoretycznych autorzy podkreślają istotność behawioralnego bądź procesualnego charakteru wsparcia. Według N. Knoll oraz R. Schwarzera wsparcie społeczne wiąże się przede wszystkim z jakościowymi cechami związków interpersonalnych, takimi jak: altruizm, wzajemność, poczucie zobowiązania (P. Olejniczak 2013, s. 185). Niezależnie od ujęcia definicyjnego wsparcia społecznego, należy podkreślić, że jego istotą jest „przede wszystkim jego bezinteresowność, wzajemne zaufanie, adekwatność niesionej pomocy i efektywność wyrażająca się w konmforcie psychicznym partnerów, którego podstawą jest osiągany stan równowagi i zadowolenie z faktu służenia sobie i innym bądź zaistnienia wśród

[78] Wsparcie społeczne, poradnictwo, pomoc są terminami często stosowanymi zamiennie w literaturze przedmiotu. Dokładniejszego wyjaśnienia różnic między nimi dokonała Magdalena Piorunek, która wskazuje, że pojęcie pomocy należy „uznać za nadrzędne i z pewnym uproszczeniem przyjąć, że może ono dotyczyć następujących rodzajów pomocy skierowanej do osób bezradnych: pomocy surwiwalnej, restytucyjno-kompensacyjnej oraz tej skierowanej wprawdzie do osób radzących sobie w życiu, ale mogących zarówno swoje funkcjonowanie poprawić, jak i zapobiec pojawieniu się wielu problemów, tj. pomocy prewencyjno-promocyjnej i optymalizacyjnej. Wsparcie społeczne jest pojęciem węższym, odnosi się tylko do tych kategorii pomocy, które kierowane są do osób bezradnych. Może mieć charakter spontaniczny, ale także zorganizowany i sformalizowany" (M. Piorunek 2010, s. 63). **W związku z subtelnymi różnicami odnoszącymi się do różnicowania terminów „wsparcie społeczne" oraz „pomoc", będę je stosowała w swojej pracy zamiennie.**

ludzi pozostających w sieci, obopólnych (tj. wzajemnych, a przy tym szczerych), w pełni satysfakcjonujących układów i relacji" (E. M. Minczakiewicz 2010, s. 455).

Przy doprecyzowywaniu definicji wsparcia społecznego w pracach teoretycznych oraz empirycznych często można spotkać się z takimi jego wymiarami, jak:

a) wsparcie strukturalne i funkcjonalne;
b) źródła wsparcia społecznego;
c) rodzaje wsparcia;
d) wsparcie otrzymywane i percepowane;
e) potrzeba wsparcia oraz mobilizacja wsparcia (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 14).

Wsparcie społeczne strukturalne określa się „jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 14-15). Wsparcie społeczne strukturalne będzie sieciami wsparcia społecznego zapewniającymi więzi przynależności społecznej. Istotnym jest, że zależy ono od cech ilościowych oraz jakościowych struktur społecznych i nie może być tożsame z integracją społeczną oraz z grupą społeczną (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 166). Odwołując się do badań nad znaczeniem strukturalnego wsparcia społecznego, analizowano efekty pomocy w płaszczyźnie następujących parametrów: spójność sieci, jej gęstość oraz dostępność i wielkość (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 15). W przypadku **dostępności** sieci wsparcia (w badaniach nad rolą sieci wsparcia w sytuacjach kryzysowych oraz krytycznych) do obiektywnych wskaźników tego kryterium zaliczono: liczbę kontaktów, szybkość oraz łatwość ich podjęcia oraz bliskość terytorialną (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 167).

Istotną rolę odgrywa również **heterogeniczność** lub **homogeniczność** sieci, czyli wymiary, które oznaczają zróżnicowanie bądź podobieństwo (np. w odniesieniu do płci jednostki, wieku, klasy społecznej itp.). Podobne doświadczenia życiowe jednostki udzielającej wsparcia oraz wspieranej sprawiają, że wsparcie jest skuteczne. Wówczas także najczęściej doświadczane jest wsparcie odwzajemniane, symetryczne (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 15).

Poziom **prospołeczności** bądź jego szczególna odmiana - **altruizm** - także są zaliczane do kluczowych cech sieci społecznych pełniących funkcje wsparcia społecznego. W tym kontekście istotne badania przeprowadzili Solomon, Smith Robins i in., którzy stwierdzili, że naturalne (spontaniczne) sieci wsparcia społecznego są skuteczniejsze i korzystniejsze dla jednostki, ponieważ wykazują wyżej przytoczoną cechę - są łatwiej dostępne oraz nie wiążą się z kosztami. Z kolei funkcjonowanie instytucjonalnych, jak również profesjonalnych źródeł

wsparcia społecznego, uzależnione jest od większej ilości zmiennych mogących wpływać na ich dostępność oraz koszty (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 17-18).

Powyżej krótko zostały opisane cechy strukturalnego wsparcia społecznego. Tym, co szczególnie zajmuje badaczy, są jego **źródła**, które stanowiły przedmiot wielu badań naukowych. Zwykle źródła wsparcia dzieli się na: rodzinne, przyjacielskie, towarzyskie oraz sąsiedzkie (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 16). Innej kategoryzacji źródeł wsparcia dokonali J. E. Singer oraz D. Lord, którzy wyróżnili: osobiste, formalne oraz profesjonalne. Do pierwszej z wymienionych należałoby zaliczyć przyjaciół, krewnych, znajomych, z kolei do drugiej różnego typu organizacje (np. charytatywne, kluby sportowe, wspólnoty kościelne itp.), a wśród profesjonalnych źródeł wsparcia można wymienić poradnie profesjonalne oraz specjalnie do tego powołane grupy wsparcia (A. Kacperczyk 2006, s.22).

Źródła wsparcia społecznego określa się również jako **zasoby wsparcia społecznego**. Wyniki licznych badań wskazują, że to, jakie źródło wsparcia społecznego może okazać się najskuteczniejsze dla jednostki, zależy od rodzaju przeżywanych przez nią trudności. W przypadku emocjonalnych problemów, których konotacji upatrywać można w trudnej bądź krytycznej sytuacji rodzinnej, najważniejszą rolę odgrywa współmałżonek, przyjaciele lub profesjonaliści, którzy specjalizują się w udzielaniu wsparcia jednostce w płaszczyźnie przeżywanych przez nią trudności. Z kolei w przypadku rodziny borykającej się z przewlekłą chorobą jej członka, obok członków rodziny, niezwykle istotną rolę odgrywają pielęgniarki zespołu opieki paliatywnej, jak również duchowny, lekarz, czasami także psycholog i przyjaciele. Osoby doświadczające podobnej sytuacji do tej, jakiej doświadcza rodzina będąca w kryzysie, stanowią najlepsze źródło wsparcia (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 16).

Wsparcie społeczne strukturalne często odgrywa niebagatelną rolę w radzeniu sobie jednostki, będącej w trudnej sytuacji życiowej, z przeżywanymi trudnościami. Niemniej jednak zdecydowana większość autorów wsparcie społeczne definiuje w kategorii **funkcjonalnej** jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 18). Wsparcie społeczne funkcjonalne można określić inaczej jako „dynamiczną interakcję między osobą wspomagającą (dawcą), a wspomaganą (biorcą) zachodzącą w sytuacjach problemowych (trudnych)" (H. Sęk 1991, s. 493-494). Tak rozumiane wsparcie społeczne - jako rodzaj interakcji, charakteryzuje się tym, że:

- celem jest zbliżenie jednego bądź obydwu uczestników ku rozwiązaniu powstałej trudności/problemu; jego przezwyciężenie, reorganizacja zakłóconej relacji z otoczeniem, jak również podtrzymanie emocjonalne;

- w przebiegu omawianej interakcji dochodzi do wymiany emocji, sposobów działania, informacji oraz/lub dóbr materialnych;
- na skuteczność podjętej interakcji, czy, jak to określiła Helena Sęk - wymiany społecznej, wpływ ma trafność pomiędzy wsparciem oczekiwanym a rzeczywiście uzyskanym;
- wspomniana wymiana może przybrać dwojaką formę: jednostronną bądź wzajemną, a kierunek relacji między wspierającym i wspieranym może być stały lub zmienny;
- interakcja oraz wymiana zostają podjęte w sytuacji trudnej, problemowej (H. Sęk 1991, s. 493-494).

Tak charakteryzowane wsparcie może zachodzić zarówno w diadzie, jak również między jednostką a grupą bądź pomiędzy grupami. Podstawę takich interakcji stanowią zazwyczaj kontakty społeczne, a ich specyfika (formalne, nieformalne, profesjonalne, zinstytucjonalizowane itd.) stanowić będzie często o ich skuteczności i sposobie wspierania (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 18).

Powyżej zostały przedstawione definicje oraz charakterystyka dwóch rodzajów wsparcia: strukturalnego oraz funkcjonalnego. W literaturze przedmiotu przedstawiana jest również definicja wsparcia społecznego nawiązująca do zasobów dostarczanych jednostce. W tym kontekście wsparcie społeczne to „zasoby dostarczane człowiekowi poprzez interakcje z innymi ludźmi" (M. Lausch-Chudy 2010, s. 158). W rezultacie odwołując się do problematyki wsparcia społecznego, należałoby również bliżej przyjrzeć się kwestii zasobów, które znajdują się w otoczeniu jednostki i z których korzysta ona w trudnych sytuacjach, a które równocześnie istnieją niezależnie od wystąpienia sytuacji trudnej. Tak więc wsparcie społeczne polega również na przekazywaniu pomiędzy jednostkami zasobów oraz „odnosi się do treści wymiany społecznej podjętej w toku interakcji międzyludzkiej" (M. Lausch-Chudy 2010, s. 159). O wsparciu społecznym można mówić wówczas, gdy „pomiędzy jednostką a pewną osobą (grupą ludzi) następuje wystarczające poznanie jej sytuacji i zbliżenie, celem udzielenia jednostronnego lub wzajemnego wsparcia" (E. M. Minczakiewicz 2010, s. 454).

Dostarczane jednostce zasoby w trakcie procesu wsparcia społecznego mogą przybierać różny kształt w zależności od **treści wymiany społecznej**. W tym kontekście można dokonać kolejnej kategoryzacji wsparcia społecznego zaproponowanej przez G. W. Shafera oraz A. S. Lazarusa, która jest najczęściej przywoływaną w literaturze przedmiotu i do niej chciałabym się odwoływać, mówiąc o kategoriach wsparcia. Otóż ci autorzy wyróżniają:

- wsparcie emocjonalne;

- wsparcie informacyjne (poznawcze);
- instrumentalne;
- wsparcie rzeczowe (materialne) (D. Becelewska 2005, s. 10).

Wsparciem emocjonalnym określa się komunikaty zarówno językowe, jak i pozajęzykowe, takie jak np. „dasz sobie radę", „nie jesteś sam", „nie poddawaj się" itd. Helena Sęk wskazuje, że wsparcie emocjonalne polega „na przekazywaniu w toku interakcji emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę (…), to zachowania wspierające mające na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższenia samooceny" (H. Sęk 2005, s. 96).

Wsparcie informacyjne oscyluje wokół porad, informacji, wskazówek, które dana jednostka może wykorzystać, gdy znajdzie się w trudnej sytuacji. Zawiera takie informacje, które mają pomóc jednostce zrozumieć doświadczaną sytuację (M. Lausch- Chudy 2010, s. 159).

Wsparcie instrumentalne stanowi rodzaj instrukcji, która polega na przekazywaniu informacji na temat konkretnych sposobów postępowania, wymianie sposobów działania, zdobywania dóbr materialnych (J. Szymańska, E. Sienkiewicz 2011, s. 552).

Wsparcie rzeczowe jest pomocą udzielaną bezpośrednio w formie określonych dóbr materialnych przekazanych jednostce bądź też wykonaniem określonych usług na jej rzecz (M. Lausch-Chudy 2010, s. 159).

W zależności od źródła wsparcia można wymienić trzy jego kategorie:

- osobiste (przyjaciele, znajomi, krewni);
- formalne (organizacje, instytucje);
- profesjonalne (poradnie, które profesjonalnie zajmują się pomaganiem oraz psychoterapią, jak również grupy wsparcia specjalnie do tego powołane).

Wyróżnione powyżej źródła wsparcia spełniają różne funkcje wobec osób, które tego wsparcia potrzebują (A. Kacperczyk 2006, s. 23).

Powyżej wyróżnione zostały różne ujęcia definicyjne oraz kategoryzacje wsparcia społecznego. Ich różnorodność wynika często z przyjętej koncepcji teoretycznej, intuicji badacza bądź bywa efektem badań lub analiz statystycznych. Problemy z jednoznacznym zdefiniowaniem omawianego pojęcia są pochodną różnic indywidualnych, wielości problemów, z którymi borykają się jednostki, jak również wynikają z różnic kulturowych. Dane zachowanie przez jednych może być bowiem percepowane w kategoriach wsparcia

społecznego, przez innych już nie (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 18). W konsekwencji istotną rolę odgrywa również kolejna kategoria wsparcia: wsparcie percepowane a wsparcie otrzymywane.

4.1. Wsparcie społeczne percepowane a wsparcie społeczne otrzymywane i pożądane

Mówiąc o wsparciu społecznym, jego kategoryzacjach i ujęciach teoretycznych, należałoby także zwrócić się ku jednostce i określić, czym jest wsparcie społeczne percepowane (*perceived social suport*) przez nią samą a realnie otrzymywane (*received social suport*). Taki podział wsparcia społecznego wchodzi w skład funkcjonalnych właściwości wsparcia (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 20).

Wsparcie percepowane jest pochodną wiedzy jednostki oraz jej przekonań dotyczących tego, gdzie oraz od kogo może uzyskać pomoc, jak również tego, na kogo może liczyć w trudnej sytuacji. Omawiane pojęcie jest również rozpatrywane w kategoriach wiary jednostki odnoszącej się do dostępności wsparcia w przypadku, gdy ta będzie go potrzebować. W rezultacie „spostrzegane wsparcie może więc być rozpatrywane jako poznawczy komponent wsparcia społecznego" (K. Ślebarska 2010, s. 36). Odnosząc się do tej kategorii wsparcia społecznego, ważne są również badania nawiązujące do poczucia braku wsparcia oraz stopnia „samotności jako deficytu spostrzeganego wsparcia w przeciwieństwie do poczucia przynależności, posiadania przyjaciół i pomocnej grupy odniesienia lub opieki" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 20).

Oczekiwania jednostki dotyczące wsparcia społecznego będą wpływały na charakter jej interakcji, relacji, wymiany z innymi ludźmi. Ich specyfika będzie rzutowała na długoterminowe oczekiwania jednostki przejawiane względem innych ludzi. W zależności od tego, ile wsparcia udzieliła ona konkretnym osobom, prawdopodobnie tyle samo wsparcia społecznego będzie oczekiwała od nich w trudnych sytuacjach. Jest to tzw. Koncepcja Banku Wsparcia Społecznego (*Concept of Social Support Bank*), która „traktuje wsparcie jak kapitał, który umieszczony na koncie profituje po czasie" (K. Ślebarska 2010, s. 37). Motywy takiego przechowywania na swoim „koncie" ilości wsparcia udzielonego oraz doświadczonego przez jednostkę ze strony innych osób, mogą być różne. Niektórzy przewidują, że dana osoba, której pomogli, odwdzięczy się tym samym w przyszłości, inni zakładają, że na podobną pomoc będą mogli liczyć w trudnej sytuacji (K. Ślebarska 2010, s. 37). Wyżej wymieniona koncepcja dostarcza informacji na temat znaczenia percepcji jednostki odnoszącej się do oczekiwanego przez nią wsparcia społecznego.

Wsparcie otrzymywane jest wsparciem obiektywnie ocenianym bądź relacjonowanym przez jednostkę subiektywnie jako faktycznie otrzymywane. Ten rodzaj wsparcia społecznego ma zawsze charakter retrospektywny. W odniesieniu do tego rodzaju wsparcia, w badaniach empirycznych, można oceniać poziom adekwatności, jak również trafności wsparcia (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 20-21).

Wsparcie percepowane oraz wsparcie otrzymywane wykazują między sobą znaczące różnice:

a) perspektywa czasowa - w przypadku wsparcia otrzymywanego miarą czasową będzie przeszłość, z kolei w odniesieniu do wsparcia percepowanego należałoby zwrócić uwagę na subiektywne odczucie potencjalnej dostępności wsparcia;
b) pełnią różne funkcje;
c) efekt buforowy znajduje swoje potwierdzenie raczej w odniesieniu do wsparcia spostrzeganego, stanowiącego element oceny zasobów i modyfikujący przebieg reakcji stresu (R. Cieślak 2004, s. 109-112).

Oprócz dwóch wyżej wyróżnionych kategorii wsparcia społecznego, można także wyróżnić jeszcze jeden jego rodzaj - **wsparcie pożądane**. Odnosi się ono do „obiektywnych i subiektywnych warunków determinujących efektywność wsparcia" (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 177). K. Wrześniewski oraz D. Włodarczyk definiują ten rodzaj wsparcia jako: „ten aspekt udzielonego wsparcia, który powinien przynieść pozytywne skutki zdrowotne. Wsparcie to określa się na podstawie celów zdrowotnych, wynikających ze specyficznej sytuacji chorobowej pacjenta" (K. Wrześniewski, D. Włodarczyk 2004, s. 172). Tak rozumiane wsparcie społeczne może być sprzeczne z percypowanym przez jednostkę wsparciem bądź jej subiektywnymi potrzebami[79]. Jakość jego przebiegu zależy w dużej mierze od sytuacji wspomaganego, jak również od jego właściwości podmiotowych: warunków rodzinnych, zawodowych, ekonomicznych, mieszkaniowych itp. Jedynie wsparcie akceptowane przez osobę może korzystnie wpłynąć na stan zdrowia jednostki, co znajduje swoje potwierdzenie w badaniach realizowanych przez K. Wrześniewskiego oraz D. Włodarczyk na grupie osób hospitalizowanych i rehabilitowanych z powodu zawału serca (K. Wrześniewski, D. Włodarczyk 2004).

Podsumowując, łatwo dostrzec znaczące różnice pomiędzy wyróżnionymi rodzajami wsparcia społecznego. Są one na tyle istotne, że często decydują o jego jakości, ponieważ duża

[79] Przykładem może być wsparcie niesione osobom będącym pod silnym wpływem środków psychoaktywnych. Bardzo rzadko zdarza się, by jednostka dobrowolnie poddała się odtruwaniu (detoksykacji). Ten rodzaj wsparcia raczej można zaliczyć do wsparcia pożądanego i otrzymywanego aniżeli percypowanego.

rozbieżność pomiędzy wsparciem percypowanym a wsparciem otrzymywanym może spowodować niski poziom efektywności tego drugiego oraz wycofanie wspieranego z procesu pomocowego. Nie zawsze wsparcie otrzymywane jest adekwatne do wsparcia pożądanego. Może być to skutkiem np. błędnie postawionej diagnozy, a tym samym nieadekwatnymi sposobami leczenia jednostki. W rezultacie różne mogą być efekty wsparcia społecznego, co znajduje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu.

4.2. Dylematy dotyczące działania wsparcia społecznego

Istnieje wiele prac teoretycznych odnoszących się do problematyki funkcjonowania wsparcia społecznego. Najbardziej popularne są te, które nawiązują do hipotez **efektu głównego** oraz **działania buforowego** (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 24).

Efekt główny (bezpośredni)[80]**-** największa liczba badań odnosząca się do efektów bezpośrednich nawiązywała do prozdrowotnej funkcji wsparcia. Twierdzi się, że wsparcie społeczne pełni korzystną funkcję wobec zdrowia i dobrostanu jednostki, ponieważ niezależnie od przeżywanego przez nią stresu, daje jej poczucie przynależności, którego samo doświadczanie działa wzmacniająco. Osoby, których sieć wsparcia społecznego jest mocno rozbudowana, są zdrowsze od tych, które jej nie doświadczają. Jak wskazują badania, brak wsparcia, samotność jednostki, „sprzyja niekorzystnym stanom zdrowia i jest także związany z ryzykiem śmierci" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 25). Ch. Viswesvaran, J. I. Sanchez i J. Fischer podkreślają, że „wsparcie społeczne redukuje poziom obciążenia jednostki mimo intensywności działania stresorów, na których działanie jest wystawiona" (*social support reduces the level of strain regardless of the intensity of the stressors experienced*. tłum. Dorota Dolata za: Ch. Viswesvaran, J. I. Sanchez, J. Fischer 1999, s. 315). Trudno jednak przyjąć deterministycznie, że występujące wsparcie zawsze będzie miało prozdrowotny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Należy bowiem wziąć również pod uwagę inne zmienne, które mogą się do tego przyczyniać (np. poziom postrzeganego przez jednostkę stresu) (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 25).

Drugi typ bezpośredniego efektu wskazuje, że jednostki posiadające oparcie w innych osobach, które funkcjonują we wspierającym środowisku społecznym, w znacznie mniejszym stopniu są narażone na wydarzenia stresowe bądź spostrzegają niższy poziom stresu. W rezultacie wsparcie społeczne może działać profilaktycznie - zabezpiecza przed pojawieniem

[80] Przy efekcie bezpośrednim można wyróżnić dwa jego typy: efekt bezpośredniego wpływu na stresory i wydarzenia oraz efekt bezpośredniego wpływu na poziom zdrowia (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 24).

się stresorów bądź modyfikuje spostrzeganie już istniejącego stresu (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 25).

Hipoteza buforowa - hipoteza ta jest najbardziej popularną oraz weryfikowalną przez wielu badaczy. Uważa się, że w sytuacji doświadczania silnego stresu, istniejące, otrzymywane oraz spostrzegane wsparcie społeczne, działa jak bufor w odniesieniu do zagrożenia patologią z tego względu, że „obniża występujące napięcie stresowe i umożliwia przezwyciężenie trudności, włącza się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie, osłabiając jego negatywne skutki" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 26). Schroeder oraz Schmitt wskazują, że percypowane wsparcie społeczne może mieć wpływ na procesy wiążące się z oceną w przebiegu stresu. Oznacza to, że może zmieniać ocenę w płaszczyznach: strata - zagrożenie na ocenę: wyzwanie, bądź zmniejszyć intensywność negatywnych ocen pierwotnych. Ponadto jednostki znajdujące się w kryzysie, dzięki wsparciu społecznemu, mogą zmienić percepcję własnych kompetencji. Mogą również mieć większy wgląd w swoje możliwości, zwiększając przy tym poczucie własnej zaradności, a w rezultacie wtórną ocenę stresu, która będzie decydować o efektywnym radzeniu sobie. Również buforowa rola wsparcia społecznego może przyczynić się do tworzenia, jak również podwyższania samooceny oraz poczucia zaradności jednostki, w konsekwencji wpływają na wzmocnienie indywidualnych strategii radzenia sobie ze stresem[81] (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 26-27; D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 168).

W **modelu addytywnym** wsparcia społecznego przyjmuje się, że wsparcie działa równolegle do występującego stresu - stres przyczynia się do obniżenia poczucia dobrostanu jednostki, z kolei wsparcie społeczne podnosi jej samopoczucie. Jeżeli obie zmienne występują z tym samym natężeniem, wówczas nie pojawi się żadna forma zaburzenia, jednak gdy stres będzie przeważał nad występującym wsparciem społecznym, wówczas może się pojawić

[81] Należy podkreślić, że buforowe działanie wsparcia społecznego może mieć zróżnicowany charakter. Jest to związane z tym, „na jaki element dynamiki procesów stresu i radzenia sobie oddziałuje" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 27). Mimo że procesy te nie są jeszcze dobrze rozpoznane, można wyodrębnić ścieżkę procesów: fizjologicznych, psychologicznych, poznawczych oraz behawioralnych (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 27). Pisali o tym N. Knoll oraz R. Schwarzer w płaszczyźnie problematyki wsparcia społecznego w odniesieniu do jednostek chorych. Wskazali, że „stosunkowo niewiele wiadomo na temat rzeczywistych procesów, za pośrednictwem których te czynniki wpływają na wystąpienie i przebieg konkretnych procesów patologicznych. Na pewno do lepszych rezultatów w funkcjonowaniu fizycznym nie prowadzi sama obecność członków sieci społecznej. Wpływ lub brak wpływu wsparcia funkcjonalnego zachodzi poprzez procesy wewnętrzne (np. emocje, stany afektywne, przekonania o kontroli), które są pochodną dostrzegania przez podmiot aktów wsparcia" (N. Knoll, R. Schwarzer 2004, s. 41). Autorzy podają dalej, że związek między wsparciem społecznym a zdrowiem może zależeć od bezpośrednich, jak również pośrednich, efektów tego wsparcia, które z kolei mogą być korzystne bądź niekorzystne. Do bezpośrednich należą te czynniki społeczne, które wiążą się ze zdrowiem i dokonują się bez udziału zmiennych pośredniczących. Z kolei pośrednie są konsekwencją działania jakiejś zmiennej pośredniczącej „między przyczyną a rezultatem zdrowotnym" (N.Knoll, R. Schwarzer 2004, s. 41).

szkodliwy efekt stresu w postaci dezorganizacji zachowania jednostki[82]. W rezultacie „silnym stanom kryzysu trzeba przeciwstawić silne sieci wsparcia. Wsparcie społeczne może jednak >>zahamować<< negatywne skutki stresu" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 27).

Model mobilizacji wsparcia wskazuje na pozytywne konotacje pomiędzy stresem a wsparciem. Im silniejszego poziomu stresu jednostka doświadcza, tym intensywniej będzie poszukiwać wsparcia innych. Równocześnie aktywne poszukiwanie pomocy jest formą zmagania się z trudną sytuacją i może uaktywnić indywidualne jej zasoby. Można również doświadczyć odwrotnej sytuacji - gdy wysoki poziom stresu czy trudne wydarzenia życiowe doprowadzają do utraty pierwotnie dostępnej sieci wsparcia (np. w przypadku przemocy małżeńskiej, gdzie partner wcześniej był wsparciem dla jednostki; w przypadku śmierci osoby itp.). Wówczas mówi się o **modelu deterioracji wsparcia**[83] (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 27; D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 169).

Wsparcie społeczne może mieć różne wymiary, może zarówno sprzyjać obniżeniu poziomu stresu doświadczanego przez jednostkę i działać pozytywnie na jej funkcjonowanie i radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, jak również osłabiać jej indywidualną mobilizację do radzenia sobie i konfrontowania się z zaistniałą sytuacją. Może również minimalizować intensywność doświadczanego stresu. Istotną rolę odgrywa przy tym specyfika sytuacji, w jakiej jednostka się znajduje, a która równocześnie może sama w sobie doprowadzić do generowania coraz szerszej sieci wsparcia bądź, wręcz przeciwnie, tego wsparcia pozbawiać. Nawiązując do problematyki wsparcia społecznego można zauważyć wiele dychotomiczności, dwubiegunowości jego specyfiki. Potocznie przyjmuje się, że każde wsparcie powinno nieść za sobą pozytywne skutki, jednak, jak się okazuje, nie zawsze tak się dzieje.

[82] Przyjmując w swojej pracy perspektywę systemową, nie dziwi, że w przypadku wystąpienia silnego stresu, któremu zasoby indywidualne jednostki oraz zasoby środowiska zewnętrznego nie są w stanie się przeciwstawić, pojawia się dezorganizacja zachowania osoby doświadczającej trudności. Bowiem każdy system dąży do zachowania homeostazy (niezależnie od jego subiektywnych właściwości typowych danemu systemowi; w rodzinie alkoholowej może to być np. nieświadome dążenie partnerki osoby uzależnionej do złamania abstynencji uzależnionego). Jeżeli w wyniku działania silnego stresu jednostka sama, bądź przy wsparciu osób z zewnątrz, nie jest w stanie owej równowagi zachować, będzie dochodziło do próby jej wymuszenia poprzez niekoniecznie aprobowaną eksternalizację zachowań trudnych bądź objawów psychosomatycznych (np. stanów depresyjnych, zaburzeń odżywiania itd.) (B. M. Nowak 2011, s. 161).

[83] Zob. także: Kaniasty K., Norris F. H. (2004). *„Wzlot i upadek utopii": mobilizacja i deterioracja wsparcia społecznego w sytuacjach klęsk żywiołowych* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

4.3. Zjawisko paradoksu wsparcia- gdy wsparcie społeczne niesie za sobą niepożądane skutki

Istnieje wiele danych empirycznych, które wskazują, że wsparcie społeczne nie zawsze przynosi efektywne rezultaty, a niekiedy może nasilać negatywne następstwa stresu - w rezultacie przynosząc skutki odwrotne od oczekiwanych (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 174). Przykładem może być często zauważalne funkcjonowanie żony osoby uzależnionej od alkoholu, która nieświadomie, poprzez swoje zachowanie, podtrzymuje trwanie systemu alkoholowego (np. prowokuje partnera do porzucenia abstynencji alkoholowej, mimo że wydaje jej się, że wspiera go w tym, by nie wrócił do nałogu) (A. Margasiński 2010; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010; P. Steinglass i in. 2009). W rezultacie istotne jest dopasowanie otrzymywanego wsparcia do zapotrzebowania na nie. Jak wskazuje Helena Sęk, „to dopasowanie ma prawdopodobnie charakter interakcyjny w układzie: typ wydarzenia x zasoby/deficyty x ocena stresu x strategie radzenia sobie" (H. Sęk 2004, s. 53). Można je oceniać w sposób zobiektywizowany (wsparcie pożądane), jak również w sposób subiektywny - w płaszczyźnie zgodności wsparcia oczekiwanego a otrzymywanego (H. Sęk 2004, s. 53).

O negatywnych konsekwencjach wsparcia społecznego pisała, w odniesieniu do przeprowadzonych przez siebie badań empirycznych, Helena Sęk, która realizowała je w Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Gorzowie Wielkopolskim. Autorka wykazała, że osoby, którym udzielono pomocy stacjonarnej, oczekiwały, jak również otrzymywały, więcej rzeczowego wsparcia. Wejście w relację pomocy wiązało się u przebadanych osób z obniżeniem ich samooceny. Zauważono także korelację wsparcia oczekiwanego ze stopniem przeżywanego kryzysu, obawami jednostki przed ujawnieniem się oraz z przekonaniami o ludzkiej zależności (H. Sęk 2001, s. 26-28). Dlatego można wystosować kilka hipotez próbujących wyjaśnić, dlaczego zdarza się, że wsparcie społeczne niesie za sobą negatywne konsekwencje:

a) o efektywności wsparcia decyduje „nie tyle wsparcie otrzymane faktycznie, ile percepcja tego, co się otrzymuje, tj. wsparcie spostrzegane przez biorcę" (D. Kubacka-Jasiecka 2010, s. 174);
b) udzielane wsparcie samo w sobie może być nieefektywne; taki stan rzeczy może wynikać z postawy osoby wspieranej - jej złości, postawy roszczeniowej, czasami agresji, które znacznie zniechęcają specjalistów oraz instytucje pomocowe do udzielania wsparcia;

c) wsparcie udzielane ostentacyjnie, zinstytucjonalizowane jest nieskuteczne - z kolei wsparcie dyskretne i ukryte obniża lęk jednostki i jej złe samopoczucie;
d) szukanie wsparcia może wiązać się z poczuciem, że dana sytuacja, której jednostka doświadcza, przerosła jej indywidualne możliwości radzenia sobie; „w tej sytuacji otrzymanie wsparcia staje się dodatkowym zagrożeniem, gdyż zmusza do uświadomienia sobie własnej słabości, prowadzi do obniżenia samooceny i poczucia własnej skuteczności, a w rezultacie - do nieumiejętnego korzystania ze wsparcia (R. Cieślak, T. Klonowicz 2004, s. 168; D. Kubacka- Jasiecka 2010, s. 174).

Mimo, że potoczne myślenie koreluje z przeświadczeniem, że wsparcie społeczne niemal zawsze jest czymś pozytywnym, co powinno pomóc jednostce w uporaniu się przez nią z trudnymi doświadczeniami, może się jednak okazać, że jego oddziaływanie przyniesie całkowicie odwrotne skutki od oczekiwanych. Wiele czynników składa się na to, jak efektywne będzie udzielane wsparcie. Wskazuje się między innymi dostępność sieci wsparcia, miejsce i sposób jego udzielania, dostępność zasobów niezbędnych do wsparcia jednostki (np. ubrań, pieniędzy itd.). Jednak niebagatelne znaczenie przypisuje się jednostce i jej percepcji wsparcia społecznego. W związku z tym w dużej mierze to od wspomaganego zależeć będzie, jakie konsekwencje będzie niosło za sobą otrzymane wsparcie społeczne.

4.4. Osobowość jednostki a wsparcie społeczne

Efektywność wsparcia społecznego, jak wskazałam powyżej, zależy od wielu czynników, z czego jednym z najistotniejszych będzie percepcja wspieranego, a przy tym również jego osobowość.

C. E. Cutrona, R. M. Hessling oraz J. A. Suhr dzięki przeprowadzonym przez siebie badaniom (na stu małżeństwach w płaszczyźnie korelacji osobowości z otrzymywanym wsparciem społecznym), wskazali na kilka mechanizmów, w których zaznaczała się istotność specyfiki osobowości jednostki w kontekście udzielania oraz otrzymywania wsparcia społecznego:

1) osobowość może wpływać na łatwość nawiązywania oraz podtrzymywania kontaktów interpersonalnych;
2) osobowość może być determinantą przebiegu interakcji w już istniejących związkach;
3) osobowość może mieć wpływ na ocenę zasobów wiążących się ze wsparciem społecznym, a w szczególności na percepcję dostępnego wsparcia;

4) osobowość może być warunkiem efektywności działania wsparcia społecznego, będącego czynnikiem redukującym negatywny wpływ stresu na zdrowie jednostki (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s. 69; C. E. Cutrona, R. M. Hessling, J. A. Suhr 1997).

I. G. Sarason, B. R. Sarason oraz E. N. Shearin na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań stwierdzili, że spostrzegane wsparcie społeczne należy traktować w kategoriach zmiennej osobowościowej jednostki. Równocześnie podkreślili, że spostrzegane wsparcie kształtowane jest pod wpływem oddziaływań środowiskowych. Dostrzeżono, że „osoby z wysokim poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego były oceniane przez obserwatorów jako bardziej kompetentne i nastawione na rozwiązanie problemów niż osoby z niskim spostrzeganym wsparciem społecznym" (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s 70). Według autorów oznaczać to może, że jednostki spostrzegające wysoki poziom wsparcia społecznego mają wyższe kompetencje społeczne. Dalsze badania wykazały również, że osoby z wysokim poziomem spostrzeganego wsparcia, pozytywniej oceniały opiekę swoich rodziców. Stwierdzały, że rodzice obdarzali ich opiekuńczością, byli bardziej empatyczni w stosunku do nich, jak również obdarzali ich uczuciem i zainteresowaniem. W konsekwencji rozpoczęto szeroko zakrojone badania odnoszące się do problematyki związku wsparcia społecznego z osobowością jednostki. Odwoływano się między innymi do teorii przywiązania Johna Bowlby'ego, a rozwiniętej przez Mary Ainsworth. Zauważono, że styl przywiązania jednostki może korelować z jej percepcją wsparcia społecznego[84].

Przeglądu literatury w kontekście wsparcia społecznego i jego korelacji z osobowością jednostki dokonali C. E. Cutron, R. Hessling oraz J. Suhr. Skoncentrowali się oni na dwóch zmiennych osobowościowych: ekstrawersji i neurotyczności. Wykazali, że:

a) ekstrawertycy zazwyczaj mają szeroko rozbudowaną sieć wsparcia społecznego oraz charakteryzuje ich częste wchodzenie w interakcje z innymi ludźmi; związek neurotyczności z miarą sieci wsparcia społecznego nie został jasno doprecyzowany; w literaturze przedmiotu można znaleźć dane nawiązujące do istnienia takiego związku oraz takie, które wskazują jego brak;
b) osoby o wysokim poziomie ekstrawersji mają skłonność do poszukiwania wsparcia społecznego w radzeniu sobie ze stresem; z kolei jednostki charakteryzujące się wysokim poziomem neurotyczności dłużej zwlekają z wystosowaniem prośby o pomoc, aniżeli osoby z niskim poziomem neurotyczności;

[84] Zob. także: Sarason, I. G., Pierce G. R., Sarason B. R. (1990). S*ocial suport: the sense of aceptance and role of relationships* [w:] „*Journal of Personality*" nr 65; Cieślak R., Eliasz A. (2004). *Wsparcie społeczne a osobowość* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

c) w kontekście danych odnoszących się do spostrzeganego wsparcia społecznego trudno jednoznacznie wskazać na jego związek z osobowością jednostki; niektóre dowodzą istnienia omawianego związku, inne już nie; można jednak wskazać, że wysoki poziom neurotyczności stanowi istotny czynnik związany z niskim poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego[85];

d) ekstrawersja wiąże się z „większą efektywnością wsparcia społecznego jako czynnika osłabiającego (buforującego) negatywny wpływ stresu na dobrostan; neurotyczność nie jest zmienną pośredniczącą w relacji między wsparciem społecznym a dobrostanem" (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s. 78).

C. E. Cutron, R. Hessling oraz J. Suhr wskazują trzy główne czynniki, które w ich percepcji stanowią wyznaczniki wsparcia społecznego: osobowość odbiorcy wsparcia, osobowość dawcy wsparcia oraz kontekst sytuacyjny (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s. 78). W rezultacie zaznacza się istotność roli osobowości nie tylko biorcy wsparcia, ale również dawcy wsparcia społecznego.

Także płeć oraz reaktywność emocjonalna stanowią istotne zmienne w procesie wsparcia społecznego. Odwołując się do pierwszej z wyróżnionych zmiennych - płci - badania wskazują, że „kobiety w porównaniu z mężczyznami angażują się w relacje bardziej bliskie, emocjonalne i pozwalające na otworzenie się" (E. Greenglass 2004, s. 146). Tak więc w przypadku doświadczania stresu są bardziej skłonne szukać wsparcia aniżeli mężczyźni (E. Greenglass 2004, s. 146)[86].

W przypadku reaktywności emocjonalnej, realizowane były badania nawiązujące do tej zmiennej w korelacji ze spostrzeganym wsparciem społecznym. Próbę badawczą stanowiło stu pięćdziesięciu dwóch kierowników. Wykazano, że wysoka reaktywność emocjonalna negatywnie korelowała ze spostrzeganym wsparciem społecznym. Równocześnie związek reaktywności ze wsparciem społecznym od przyjaciół i rodziny okazał się nieistotny. W rezultacie „dane te z jednej strony potwierdzają konieczność uwzględniania w badaniach

[85] W polskich badaniach przeprowadzanych na próbie pacjentek będących po porodzie wskazano, że pacjentka neurotyczna „doświadcza problemów w początkowym karmieniu piersią, prezentuje zaburzenia nastroju już w pierwszym tygodniu po porodzie oraz gorzej ocenia wsparcie społeczne" (K. Maliszewska, M. Świątkowska-Freund, M. Bidzan, K. Preis 2017, s. 895). Oczywiście sytuacja związana z porodem jest specyficznym doświadczeniem, na które składa się również wiele innych zmiennych wpływających na nastrój kobiety, w konsekwencji nie należy patrzeć deterministycznie na silną zależność neurotyczności z niską miarą spostrzeganej sieci wsparcia społecznego. Inne badania na płaszczyźnie neurotyczności i wsparcia społecznego przeprowadzili między innymi L. A. Pasch, T. N. Bradbury, J. Davil, a wyniki opublikowali w artykule: „*Gender, negative affectivity, and observed social support behawior in marital interaction*".

[86] Zob. także: Greenglass E. (2004). *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

zróżnicowanych wskaźników wsparcia, z drugiej pokazują, że mechanizm łączący osobowość ze wsparciem społecznym może być złożony" (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s. 80).

Nie sposób przytoczyć wszystkich, albo nawet większości, danych nawiązujących do istotności wsparcia społecznego w powiązaniu z osobowością jednostek - tych zarówno uzyskujących wsparcie, jak również udzielających wsparcia. Należy podkreślić, że problematyka ta jest niezwykle złożona, bowiem każda osoba charakteryzuje się unikatową i niepowtarzalną osobowością. Co więcej, w procesie wsparcia społecznego spotyka się kilka różnych osobowości, w związku z czym każdy rodzaj wsparcia będzie również wyjątkowy i unikatowy. Podobnie jest w przypadku tak specyficznego systemu społecznego, jakim jest rodzina złożona z wielu osób cechujących się różnym temperamentem, różnymi potrzebami i pragnieniami, zwłaszcza w sytuacjach dla nich trudnych. Dlatego tak ważnym, a zarazem złożonym, zadaniem może być odpowiednie i efektywne wsparcie systemu rodzinnego borykającego się z problemami bądź doświadczającego kryzysu.

4.5. Wsparcie systemu rodzinnego

Gdy w systemie rodzinnym zostaje zaburzona równowaga wewnętrzna, dochodzi do powstania stanu napięcia. W konsekwencji zostają podjęte działania, które mają na celu jej przywrócenie. Rodziny, w których członkowie czują się bezpiecznie, ich granice indywidualne nie są naruszane, szanuje się ich podmiotowość oraz autonomię a komunikacja ma na celu konstruktywne wyjaśnianie trudnych kwestii, często, wykorzystując własne zasoby osobowościowe oraz zasoby całego systemu, potrafią samodzielnie poradzić sobie z istniejącym problemem. Czasami jednak zdarza się, najczęściej w rodzinach dysfunkcjonalnych, że ich członkowie mają duże trudności z przywróceniem utraconej homeostazy, poradzeniem sobie z doświadczanymi trudnościami. W takich sytuacjach najczęściej dochodzi do zaburzeń funkcjonowania poszczególnych członków rodziny ze sobą i w ich obopólnych relacjach. Przykład stanowić może rodzina o nadmiernie przepuszczalnych granicach wewnętrznych przy równoczesnych, ściśle zamkniętych, granicach zewnętrznych. Wówczas może dojść do wikłania poszczególnych członków systemu i utworzenia, odwołując się do tezy Helma Stierlina, wiązań w płaszczyznach: id, ego bądź superego, czego następstwem staje się hipoindywiduacja (dana osoba podbudowuje swoje słabe Ja uzależniając się od członków swojej rodziny) (K. Kaleta 2011, s. 148; I. Namysłowska 1997, s. 149). Taką rodziną jest także ta, w której jeden z członków boryka się z problemem alkoholowym. Susan Forward, autorka książki „*Toksyczni rodzice*", przedstawia typy rodzin borykających się z różnymi problemami. Jeden z rozdziałów autorka zatytułowała „*W tej rodzinie nikt nie pije.*

Alkoholicy". Wskazuje w nim, że „w rodzinach alkoholików tak dużo energii wydatkuje się na bezskuteczne próby uratowania pijaka[87] oraz na utrzymanie tajemnicy, że niewiele czasu i uwagi pozostaje na zaspokajanie potrzeb dzieci" (S. Forward 1989, s. 58).

W przypadku gdy dochodzi do kumulacji nierozwiązanych problemów, których rodzina nie jest w stanie samodzielnie rozwiązać, może dojść do wystąpienia kryzysu w rodzinie[88], który często przyjmuje postać złożoną (nagromadzenie różnych rodzajów kryzysów). „Ta odmiana kryzysu wymaga podjęcia zewnętrznych, kompleksowych działań wspierająco-pomocowych na rzecz osób i rodzin nim dotkniętych i wobec niego bezradnych, systemów rodzinnych głęboko dysfunkcyjnych, zagubionych w sieci relacji i układów społecznych, izolowanych społecznie i środowiskowo, marginalizowanych oraz wykluczonych" (B. M. Nowak 2011, s. 162-163).

Rodzina znajdująca się w kryzysie często wymaga zarówno wsparcia emocjonalnego, jak również informacyjnego, instrumentalnego, a niekiedy także rzeczowego. Zazwyczaj wsparcie to musi być udzielane formalnie bądź/i musi to być rodzaj wsparcia profesjonalnego, udzielanego przez specjalistów, którzy pomogą jej wyjść z kryzysu. Wówczas można mówić o takich formach pomocy, jak: interwencja kryzysowa, psychoterapia, grupy wsparcia itp. Oferuje się także cały wachlarz programów, których realizacja ma pomóc rodzinie w różnych obszarach jej funkcjonowania: poprawienia jakości życia, relacji między rodzicami, relacji rodzic/e - dziecko/dzieci, a które są przeznaczone bądź do pracy z całym systemem rodzinnym, bądź z poszczególnymi jego członkami indywidualnie. Wsparcie rodziny, szczególnie w okresie kryzysu, jest niezwykle istotnym zadaniem, ponieważ „ma na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, korygowanie i rozwijanie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych, eksponowanie wartości rodziny i jej znaczenia dla dzieci, angażowanie w

[87] Należy podkreślić, że użycie przez autorkę słowa „pijak" w odniesieniu do osoby uzależnionej od alkoholu jest błędne, ponieważ, jak pisze Bohdan T. Woronowicz, „pijak, w odróżnieniu od alkoholika, jest w stanie kontrolować swoje kontakty z alkoholem, przerwać picie w dowolnym momencie czy bez większych problemów odmówić" (B. T. Woronowicz 2009, s. 89). Podobnego rozróżnienia dokonała Urszula Świętochowska, która wskazuje, że „pijaństwo to spożywanie napojów alkoholowych w dużych ilościach przy różnych okazjach wraz z towarzyszącym temu zjawisku niewłaściwym zachowaniem. Natomiast alkoholizm rozumiany jest jako jednostka chorobowa" (W. Świętochowska 2001, s. 153).

[88] W przypadku rodziny alkoholowej wystąpienie kryzysu może być czymś, co zmusi jej członków do poszukiwania pomocy. Należałoby przytoczyć przykład **interwencji kryzysowej wg Vernona E. Johnsona**, poprzez którą omawiany kryzys jest czymś, co świadomie zostaje wywołane przez członków rodziny oraz specjalistów i „dzięki któremu postępujące i destrukcyjne konsekwencje uzależnienia od alkoholu zostają przerwane, a uzależniony otrzymuje pomoc, która umożliwia odstawienie środków chemicznych zmieniających nastrój" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 301-302). Wspomniana interwencja składa się z szeregu skoordynowanych przygotowań oraz działań członków rodziny we współpracy ze specjalistami, które szerzej zostały opisane w książce cytowanych przeze mnie wyżej autorów zatytułowanej: *Psychologia uzależnień - alkoholizm*.

proces podejmowania decyzji, podnoszenie samooceny i motywacji do pozytywnych zmian" (B. Matyjas 2013, s. 69).

4.6. Wsparcie instytucjonalne rodziny alkoholowej

Pisząc o wsparciu systemu alkoholowego, będę wyróżniała i charakteryzowała możliwe formy wsparcia jednostek go tworzących, ponieważ, w myśl teorii systemowej, „… całość nie jest tym samym, co suma jej części…" (B. de Barbaro 1999, s. 11). By zostały zapoczątkowane zmiany w rodzinie, nie ma konieczności, by od samego początku, równolegle, wszyscy jej członkowie zostali poddani jakimś formom wsparcia[89]. Z drugiej strony, wsparcie jednego z nich (bez początkowego udziału innych osób) może zapoczątkować zmiany w funkcjonowaniu całości rodziny i skutkować poszukiwaniem wsparcia przez inne osoby ją tworzące.

Zdaję sobie sprawę, że w odniesieniu do funkcjonowania rodziny alkoholowej, uwzględniając podejście systemowe, należałoby pisać o rodzinie jako o zbiorowym pacjencie (M. Dudek 2010, s. 72) i scharakteryzować specyfikę terapii rodzinnej. Nie sposób w jednym podrozdziale uwzględnić wszystkich możliwych form wsparcia członków rodziny alkoholowej, mając na względzie wszelkie obszary, nad którymi należałoby z nimi pracować (np. przemoc fizyczna i/lub psychiczna; wykorzystywanie seksualne itp.). W rezultacie chciałabym dokonać szkicu podstawowych form wsparcia osoby uzależnionej od alkoholu i jego partnerki. O wsparciu dzieci wychowywanych w rodzinie alkoholowej oraz dorosłych dzieci alkoholików zostanie poświęconych kilka wątków w osobnym rozdziale pracy.

Wsparcie instytucjonalne jednostki uzależnionej od alkoholu może być realizowane albo w ramach lecznictwa farmakologicznego, albo oddziaływań psychoterapeutycznych bądź jednych i drugich równocześnie. Najpierw odniosę się krótko do pierwszego typu wsparcia uzależnionego - w płaszczyźnie detoksykacji i farmakoterapii, by następnie zakreślić problematykę związaną z psychoterapią alkoholika.

4.6.1. Detoksykacja i farmakoterapia osoby uzależnionej od alkoholu

Pisząc o detoksykacji i farmakoterapii stosowanej w ramach leczenia uzależnienia od alkoholu, nie będę szczegółowo opisywać specyfiki stosowanych leków i ich wpływu na poszczególne neuroprzekaźniki, ponieważ wykraczałoby to znacznie poza obszar problematyki

[89] Początkowo czasami wystarczy, by chociaż jedna osoba tworząca system rodzinny została poddana terapii. Niemniej jednak najczęściej zapoczątkowuje to zmiany, które, by zostały podtrzymane i by pozostali członkowie byli w stanie dostosować się do nich i funkcjonować zgodnie z nimi i ze swoimi przekonaniami, istotne jest, by także oni zostali poddani jakiejś formie wsparcia instytucjonalnego.

podejmowanej w pracy[90]. Należy jednak wspomnieć, że detoksykacja jest prowadzona w ramach pierwszego etapu leczenia jednostki i obejmuje swym zasięgiem pomoc w usunięciu substancji psychoaktywnej z jej organizmu. Takie działanie ma służyć zminimalizowaniu objawów odstawienia, które mogą być dotkliwie w szczególności dla osoby, która intensywnie spożywała alkohol, łącząc go także z innymi środkami psychoaktywnymi. Detoksykacja może być przeprowadzana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również w domu uzależnionego. Chociaż często stanowi spectrum pierwszego etapu leczenia jednostki, to nie należy traktować jej jako oddzielnej metody leczenia. Takie podejście zwiększałoby ryzyko powrotu do picia, stąd istotne jest podjęcie także terapii przez uzależnionego (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 315).

Farmakoterapia w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu jest metodą rzadko stosowaną (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 315). Niemniej jednak współcześnie istnieją trzy leki rekomendowane przez Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w celu leczenia uzależnienia od alkoholu, są to: naltrekson (aplikowany domięśniowo bądź doustnie), disulfiram oraz akamprozat (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 291).

Pierwszy z wymienionych leków (**naltrekson**) w dwojaki sposób redukuje spożycie alkoholu u jednostki: tłumi głód, jak również blokuje nagradzające efekty alkoholu. Badania kliniczne wskazują zarówno na pozytywne efekty działania naltreksonu w terapii jednostek uzależnionych od alkoholu, jak i na negatywne. Warunkiem pozytywnych rezultatów jest połączenie farmakoterapii z terapią metodą wsparcia psychospołecznego[91]. Wśród czynników warunkujących pozytywne działanie naltreksonu wymienia się również: systematyczność przyjmowania określonej dawki leku, silny poziom odczuwania głodu, „posiadanie określonego polimorfizmu genetycznego (Asn40Asp) w genach receptorów opioidowych typu μ" (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 294), alkoholizm występujący w rodzinie uzależnionego (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 294).

Mechanizm działania kolejnego leku - **akamprozatu** - nie jest do końca znany, jednak najprawdopodobniej „polega on na funkcjonalnym antagonizmie wobec receptora glutaminianu NMDA, którego wrażliwość jest w chronicznym alkoholizmie podwyższona" (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 294). Badania wskazują, że akamprozat skutecznie pomaga tym

[90] Zob. także: Bohdan T. Woronowicz: „*Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*"; Robert Swift i Lorenzo Leggio: „*Farmakoterapia wspomagająca w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków*" [w:] „*Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*".

[91] Zob. także: R. Swift, L. Leggio (2013). *Farmakoterapia wspomagająca w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków* [w:] P. M. Miller (red.). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

osobom uzależnionym w utrzymywaniu abstynencji, które wcześniej były poddane detoksykacji. Równocześnie, podobnie jak w przypadku naltreksonu, daje on większe rezultaty w powiązaniu ze stosowaniem różnych rodzajów interwencji psychospołecznych (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 294).

Ostatni z wymienionych powyżej leków - **disulfiram** - jest środkiem stosowanym w ramach terapii awersyjnej. Wywołuje u jednostki nadwrażliwość na alkohol, co wiąże się z nieprzyjemnymi dla niej konsekwencjami występującymi nawet po spożyciu niewielkiej ilości tego środka psychoaktywnego. Wśród klinicznych objawów jego stosowania, w przypadku połączenia ze spożyciem alkoholu, wymienia się: zlewne poty, wzrost ciśnienia i znacznie przyspieszona akcja serca, biegunka i bóle głowy, torsje, nudności. Zniechęcają one do spożywania alkoholu. Mimo że disulfiram stosowany jest od lat pięćdziesiątych dwudziestego wieku, to wciąż przeprowadzono niewielką liczbę starannych i kontrolowanych badań, które oceniłyby skuteczność jego działania. Nowsze badania wskazują, że lek ten może być skuteczny wobec pewnej grupy osób uzależnionych oraz, że efektywność terapii disulfiramem jest wyższa, gdy jego przyjmowanie nadzorowane jest przez personel, jak również w momencie, gdy równolegle stosowana jest wobec uzależnionego terapia psychospołeczna (R. Swift, L. Leggio 2013, s. 294).

Powyżej nakreślone zostały jedynie najistotniejsze informacje dotyczące stosowania farmakoterapii w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Nie sposób bowiem zawrzeć wszystkich informacji odnoszących się do tej problematyki w jednym podrozdziale. To, co najistotniejsze i co jest podkreślane, gdy porusza się problematykę stosowania farmakoterapii w odniesieniu do osób uzależnionych od alkoholu, to fakt, że najlepsze efekty przynosi ten rodzaj terapii w połączeniu ze stosowaniem terapii psychospołecznej oraz że efekty w postaci długotrwałej abstynencji i zdrowienia jednostki mogą występować w momencie, gdy uzależniony jest równocześnie poddawany formom psychoterapii. Wynika to z rozumienia samego uzależnienia, które jest chorobą o podłożu uzależnienia fizjologicznego, ale także psychicznego. Jeśli stosowana jest forma farmakoterapii, równolegle powinna być stosowana forma terapii psychospołecznej osoby uzależnionej od alkoholu, której wartości nie da się przecenić.

4.6.2. Psychoterapia osoby uzależnionej od alkoholu

Istotą leczenia podejmowanego wobec osoby uzależnionej od alkoholu jest praca nad zniesieniem przez klienta mechanizmów uzależnienia, stanowiącymi kluczowe procesy podtrzymujące trwanie w nałogu alkoholowym. Zarówno praca, jak i wsparcie osoby uzależnionej mogą być w tym obszarze realizowane na różne sposoby. Uwzględnić należy przy

tym specyfikę przyjętej koncepcji leczenia, która nierzadko wynika z podłoża teoretycznego i szkoły terapeutycznej ukończonej przez specjalistę, jak również od samego rozumienia choroby alkoholowej. W polskim systemie lecznictwa odwykowego wciąż najbardziej powszechne jest rozumienie uzależnienia w kategoriach choroby, co zostało zaznaczone przeze mnie w pierwszym rozdziale pracy. Nadrzędnym celem terapii i równocześnie jej warunkiem staje się zachowanie całkowitej abstynencji przez osobę uzależnioną (A. Jakubczyk, M. Wojnar 2012, s. 374).

Podstawą opracowywania aktualnych programów leczenia osób uzależnionych od różnych środków psychoaktywnych stał się **Model Minnesocki**[92], który łączy doświadczenia Wspólnoty Anonimowych Alkoholików z wiedzą specjalistów. W ramach podstawowego programu osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych przechodzą krótką detoksykację, trwającą od około dwóch do siedmiu dni. Następnie zespół diagnostyczny określa, jakie występują ogólne oraz specyficzne problemy uzależnionego, co staje się płaszczyzną do rozpoczęcia odpowiednich form terapii. Program leczenia składa się z dwóch części: pierwsza jest wspólną dla wszystkich uzależnionych oraz druga - zindywidualizowana oraz odpowiednio dostosowana do specyficznych problemów, z którymi boryka się pacjent. Zaproponowana może zostać również terapia małżeńska i/lub rodzinna (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 296-297).

W trakcie pobytu w szpitalu osobie uzależnionej udzielana jest kompleksowa pomoc zarówno specjalistów, jak również trzeźwych alkoholików bądź narkomanów. Alkoholik poznaje oferty odwykowych ośrodków ambulatoryjnych oraz programy grup samopomocy. Pomoc, po zakończeniu programu Minnesota, jest konieczna, ponieważ funkcjonowanie poza murami szpitala bez środków chemicznych często wymaga wsparcia ze strony osób trzecich w przepracowywaniu problemów oraz uczeniu się nowego, trzeźwego sposobu partycypowania w otaczającej rzeczywistości. W zależności od sytuacji społecznej oraz poczynionych postępów przez uzależnionego, jednym pacjentom zaleca się udział w grupach AA, z kolei innym kontynuowanie leczenia w warunkach ambulatoryjnych oraz udział w grupie samopomocowej AA, a jeszcze innym pobyt w hostelu, gdzie wciąż podejmują leczenie i przygotowują się do

[92] **Model Minnesocki zakłada**, że: alkoholizm jest chorobą, która charakteryzuje się utratą kontroli uzależnionego nad piciem oraz „patologicznym pragnieniem alkoholu" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 295); alkoholizm jest chroniczną chorobą charakteryzującą się specyficznym rozwojem i konkretnymi symptomami; alkoholizm przejawia się u jednostki wachlarzem nałogowych zachowań oraz problemami psychiczno-społecznymi, które wzajemnie ze sobą korelują; wstępna motywacja jednostki do podjęcia leczenia stanowi konieczny warunek osiągnięcia pozytywnych jego efektów; podstawą programu leczenia jest filozofia, której podłoża tkwią u podstaw 12 kroków Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 295-296).

samodzielnego życia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 297; B. T. Woronowicz 2001, s. 97).

Współcześnie w terapii leczenia uzależnienia od alkoholu często stosuje się **modele poznawczo-behawioralne**, które korzystają zarówno ze strategii behawioralnych, jak również interwencji poznawczych. „Niektóre próbują łączyć założenia obu systemów terapeutycznych, dzięki czemu powstają **modele integracyjne** uaktywniające w procesie terapii czynniki leczące należące do obu typów oddziaływań" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 306).

Zarówno w terapii prowadzonej w nurcie behawioralnym, jak również poznawczym, punktem wyjścia jest diagnoza pacjenta, dzięki której możliwa staje się odpowiedź na pytania: Co spowodowało, że pacjent zaczął pić? W jaki sposób używanie danego środka psychoaktywnego przekształciło się w stały wzorzec funkcjonowania jednostki? Co utrudniało pacjentowi zaprzestanie używania środka psychoaktywnego? Jaki był rozwój jego podstawowych przekonań? W jaki sposób uzależniony funkcjonował przed zażywaniem środka psychoaktywnego? Jakie sytuacje/zdarzenia najczęściej powodują, że pacjent zaczyna zażywać środki psychoaktywne? Odpowiedź na wyżej wymienione pytania można uzyskać dzięki opracowaniu indywidualnego studium przypadku opartego na poznawczym modelu zaburzeń. W dalszym etapie postępowania możliwe jest planowanie celów oraz zadań terapii (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 309-310).

Wczesne **modele behawiorystyczne** koncentrowały się w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu na: metodzie wygaszania związków istniejących między sygnałami zewnętrznymi a popędem picia, technice desensytyzacji, która miała na celu nauczenie jednostki uzależnionej umiejętności korzystania z relaksacji w przeciwieństwie do zaspokajania swoich potrzeb poprzez intoksykację chemiczną, technice awersyjnej, której celem było uczenie uzależnionego zautomatyzowania negatywnych reakcji w odpowiedzi na myśli o użyciu alkoholu bądź na sam jego widok (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 291-292).

Z kolei celem **terapii poznawczej** jest „redukcja nieprzystosowawczych reakcji emocjonalnych i samoniszczących zachowań poprzez modyfikację leżących u ich podstaw błędnych przekonań" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 306). Terapia poznawcza została przez jej prekursora, Alberta Ellisa, zmodyfikowana i przekształcona w **racjonalno-emotywno-behawioralną terapię zachowania**, która ujmuje zachowania w kategoriach łańcucha zdarzeń A-B-C, gdzie A symbolizuje zdarzenie, postawę bądź zachowanie osoby, B są przekonaniami na ich temat, które uaktywniają C rozumiane jako konsekwencje emocjonalno-behawioralne, w skrócie - reakcję. W terapii tej uczy się osoby uzależnione od alkoholu, że ich przekonania dotyczące konkretnych zdarzeń i wiążących się z nimi emocje, a

nie same zdarzenia, determinują ich zachowania. W konsekwencji celem terapii będzie zmiana nierealistycznych przekonań, jak również towarzyszących im nieprzyjemnych emocji (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 307-308).

Kontynuacją terapii może być przejście kolejnych etapów, które wiążą się ze zmianą przekonań. Albert Ellis oznaczył je literami D, E i F. Spectrum strategii polega na podważaniu przekonań w terapii - D, „czyli uczenia klienta różnych sposobów kwestionowania jego autodestrukcyjnych, irracjonalnych przekonań" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 308). Z kolei E oznacza efektywne oraz racjonalne przesłanki, które mają uaktywnić F - nowe oraz przyjemne uczucia podtrzymujące przekonania oraz zachowania klienta. Celem terapii REBT, przeprowadzanej w relacji z osobami uzależnionymi od alkoholu, jest zmiana nierealistycznych przekonań jednostki oraz korelujących z nimi nieprzyjemnych emocji (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 307-308).

Psychoterapia skoncentrowana poznawczo rozwijała się przez wiele lat i była wzbogacana o nową wiedzę oraz wątki terapeutyczne mogące usprawnić proces zdrowienia jednostki uzależnionej. Aaron T. Beck, uważany za jednego z twórców terapii poznawczej, „sformułował formalne aksjomaty teorii wskazując na znaczenie fenomenologicznej percepcji związków między zdarzeniami i możliwością ich przewidywania dla adaptacji jednostki do zmieniającego się środowiska" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 309), które znacznie wzbogaciły techniki terapeutyczne w relacji z pacjentem bazujące na koncepcji poznawczej.

Terapia poznawcza osoby uzależnionej od alkoholu i nie tylko, zakłada współpracę między terapeutą i pacjentem, który powinien znać istotniejsze elementy poznawczego modelu diagnozy. Istotne jest bowiem, by osoba uzależniona miała możliwość werbalnego określenia swojej koncepcji nadużywania substancji psychoaktywnej i wskazała jego negatywne konsekwencje (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 311).

Podsumowując, terapia poznawcza ma umożliwić jednostce identyfikację i kwestionowanie dwóch typów przekonań przybierających formę myśli automatycznych, a konkretniej takich, które wiążą się z przewidywaniem pozytywnych skutków intoksykacji chemicznej oraz jego „zbawiennej" funkcji mającej na celu rozwiązanie problemów jednostki i poprawę nastroju regulację nieprzyjemnych emocji. Pacjenci uczą się zastępować myśli dezadaptacyjne bardziej adaptacyjnymi treściami poznawczymi (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 311).

Integracyjna psychoterapia uzależnień

Integracyjna psychoterapia uzależnień sięga początków psychoanalizy. Obejmuje swym zasięgiem dobór oraz integrację całego wachlarza różnych oddziaływań na jednostkę. W Polsce koncepcja psychoterapii integracyjnej leczenia uzależnień od środków psychoaktywnych, a przede wszystkim alkoholizmu, powstała za sprawą Jerzego Mellibrudy oraz Zofii Sobolewskiej-Mellibrudy. Pierwotny program terapii strategiczno - strukturalnej, opracowany przez J. Mellibrudę i jego współpracowników, został z biegiem czasu zmodyfikowany przy udziale Z. Sobolewskiej-Mellibrudy w kierunku psychoterapii integracyjnej. Zarówno pierwotny program, jak i jego kontynuacja, opierają się na różnych podejściach w psychoterapii i założeniach koncepcji mechanizmów uzależnienia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 312-313).

Jak wskazują Jerzy Mellibruda oraz Zofia Sobolewska-Mellibruda, terapia uzależnienia ma na celu uzyskanie „zmian w tych obszarach funkcjonowania pacjenta, które są najbardziej związane ze specyfiką tego zaburzenia" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda 2006, s. 146). Wspomniani autorzy wskazują na szereg zmian w procesie terapeutycznym, których zaistnienie jest pożądane u jednostki uzależnionej, jednak niekoniecznie wszystkich będzie mogła ona doświadczyć. Są to:

- zmiana zachowań i postaw, czyli zmiana funkcjonowania jednostki ze zbyt częstego i nasilonego spożywania alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych na te zachowania, które będą aprobowane przez społeczeństwo oraz rodzinę i będą powiązane z utrzymywaniem przez jednostkę abstynencji;
- uzdrawianie procesów emocjonalnych poprzez analizę typowych zaburzeń procesów emocjonalnych uzależnionego związanych z mechanizmem nałogowego regulowania emocji; pożądane zmiany zachodzące w płaszczyźnie emocjonalności jednostki powinny obejmować między innymi: zniesienie związku pomiędzy poszczególnymi stanami emocjonalnymi a konsumpcją alkoholu, konstruktywne radzenie sobie z nieprzyjemnymi emocjami, które nie wiązałoby się z intoksykacją chemiczną, zwiększenie zdolności do wyrażania uczuć itp.;
- uzdrawianie pracy umysłu; w konsekwencji występujących typowych zaburzeń pracy umysłu jednostki uzależnionej od alkoholu, które są wynikiem utworzenia się mechanizmu iluzji i zaprzeczania, jak również długotrwałym nadużywaniem tej substancji psychoaktywnej, wskazuje się, że omawiane zmiany powinny obejmować swym zasięgiem między innymi następujące obszary: uświadomienie przez pacjenta treści i obecności tendencyjnych zniekształceń, które tworzone są przez mechanizm

iluzji i zaprzeczania, nauczenie się świadomego monitorowania własnych procesów umysłowych w powiązaniu ze stanami emocjonalnymi, rozpoznawanie, jak również korygowanie, przejawów nałogowej logiki myślenia itp.;

- zdrowienie oraz rozwój Ja; pożądane zmiany powinny obejmować również takie zjawiska, jak między innymi: utworzenie sieci wsparcia zewnętrznego w odniesieniu do zdezintegrowanego oraz rozproszonego ja w początkowym okresie trwania terapii, budowanie, jak również umacnianie, granic w obrębie własnego Ja oraz zdolności interpersonalnych i intrapsychicznych, rozwijanie systemu osobistych norm oraz wartości, które nie będą korelowały z przymusem intoksykacji chemicznej itp.;
- zdrowie psychiczne oraz rozwój duchowy pacjenta; w tym obszarze najobszerniejsze dane dostarczają wiedza, jak również refleksje odnoszące się do pozytywnych aspektów funkcjonowania jednostki, czyli koncepcje rozwoju duchowego, zdrowej osobowości oraz zdrowia psychicznego; uważa się, że „duchowe aspekty życia ujawniają się człowiekowi wtedy, gdy zwraca się w stronę ponadosobistych wartości i ideałów jako drogowskazów życiowych tworzących dla jego egzystencji pozytywny układ odniesienia, wykraczający poza zaspokajanie bezpośrednich potrzeb biologicznych, emocjonalnych i interpersonalnych" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda 2006, s. 151). Pisząc o rozwoju duchowym osoby uzależnionej, autorzy wzmiankują, że bezpośrednie ingerencje w niego terapeuty nie są włączane w ramy profesjonalnej psychoterapii. Niemniej jednak zauważa się „potrzebę uważnego, choć powściągliwego wspierania osobistych wysiłków pacjenta związanych z poszukiwaniem własnej drogi rozwoju" (J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda 2006, s. 152).

Założenia terapii strategiczno - strukturalnej uwzględniają terapię nie tylko uzależnionego, ale również jego rodziny. W ramach tego programu została przygotowana oferta pomocy zarówno psychologicznej, jak również psychoterapeutycznej dla rodzin borykających się z problemem uzależnienia od alkoholu, jak również odrębny moduł dla ofiar przemocy w rodzinie. Terapia osoby uzależnionej od alkoholu jest bowiem jednym z wielu elementów zdrowienia jego, jak również całego systemu alkoholowego, którego poszczególni członkowie również powinni być objęci pomocą specjalistyczną (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 314).

Redukcja szkód w psychoterapii - nietradycyjny model leczenia uzależnienia[93]

Redukcja szkód w psychoterapii jest nowym, a równocześnie bardzo kontrowersyjnym w Polsce (i nie tylko), sposobem terapii niektórych osób uzależnionych od alkoholu (częściej osób pijących w sposób szkodliwy/problemowy, ale fizycznie nie wykazujących oznak uzależnienia).

Redukcja szkód w psychoterapii uzależnienia jest wynikiem obserwacji, jak również badań przeprowadzanych w Stanach Zjednoczonych, które pokazują, że „tradycyjne programy terapii odwykowej oparte na całkowitej abstynencji odnotowują niską skuteczność bez względu na kryteria" (A. Tatarsky 2012, s. 13). Jak wskazuje Andrew Tatarsky, zarówno obserwacje kliniczne, jak również badania empiryczne wskazują, że większość pacjentów poddanych psychoterapii uzależnienia zawierającej w swych założeniach całkowitą abstynencję jednostki, nie kończy leczenia, jak również nie żyje w całkowitej abstynencji. Wskazuje, że heterogeniczność charakterologiczna związana także z uzależnieniem jednostki nasuwa „potrzebę modelu bardziej wszechstronnego, który charakteryzowałby się większą elastycznością i obejmował swym zasięgiem większą liczbę klientów, przez co byłby skuteczniejszy" (A. Tatarsky 2012, s. 16-17). Tym modelem miałaby być redukcja szkód w psychoterapii, której założenia nie kłócą się z utrzymywaniem abstynencji przez jednostkę, ale nie stanowi ona (abstynencja) celu samego w sobie, jest tylko jedną z możliwych alternatyw w procesie leczenia uzależnionego. Odrzuca on bowiem nakaz całkowitej abstynencji stanowiący wymagany cel terapii (A. Tatarsky 2012, s. 17).

Takie podejście wobec leczenia uzależnienia od alkoholu kłóci się z tradycyjnym ujęciem alkoholizmu jako choroby, w której uzależniony nie ma kontroli nad spożywaniem alkoholu. Z założenia więc wszelkie próby umiarkowanego spożywania alkoholu nie będą skuteczne. Konieczne staje się dążenie do utrzymywania przez alkoholika całkowitej abstynencji. Redukcja szkód w psychoterapii daje jednostce wachlarz alternatyw wobec jednokierunkowych oddziaływań terapeutycznych. Ostatecznie nawet jeżeli uzależniony podejmie próby kontrolowania spożywania alkoholu, zawsze może zdecydować o podjęciu próby utrzymywania abstynencji. W Polsce redukcja szkód w psychoterapii jest formą wsparcia, która dopiero zaczyna być realizowana przez niektórych specjalistów i wciąż

[93] Wątek odnoszący się do problematyki redukcji szkód w psychoterapii zostanie jedynie nakreślony. Szersze informacje odnoszące się do tego zagadnienia można uzyskać z książki pod redakcją Andrew Tatarsky zatytułowanej: „*Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*" bądź z takich publikacji zagranicznych autorów, jak: T. Stockwell (1986). *Cracking an Old Chestnut: is controlled drinking possible for the person who has been severely alcohol dependent*? [w:] „*British Journal of Addiction*" nr 81; C. Callejo (2000). *¿Son necesarios los programas de reducción de daños en el tratamiento de la dependencia alcohólica?* i wielu innych.

wzbudza wiele emocji zarówno wśród praktyków, jak również wśród osób naukowo zajmujących się problematyką uzależnienia od alkoholu.

Niemniej jednak nie należy zapominać, że na proces zdrowienia jednostki, bądź jej aprobowanego funkcjonowania w różnych systemach społecznych, wpływ będzie miała nie tylko terapia, jaką podejmie ona sama bądź to, jaką formę wsparcia dla siebie wybierze, ale również wspomniane systemy, w których funkcjonuje, w tym także rodzina. Stąd interesującym wydaje się być wątek funkcjonowania członków systemu alkoholowego w przypadku podjęcia przez alkoholika psychoterapii ukierunkowanej na redukcję szkód oraz kształtu zachowań regulacyjnych w nim występujących. Kwestia ta nie stanowi istoty moich rozważań, dlatego nie będę podejmowała prób jej weryfikacji. Niemniej jednak wszelkie kwestie związane z instytucjonalnymi formami wsparcia jednostki uzależnionej od alkoholu oraz procesu jej zdrowienia, nie powinny być traktowane w oderwaniu od jej funkcjonowania w systemie rodzinnym i udzielanych form wsparcia poszczególnym członkom systemu alkoholowego. W związku z tym treść kolejnego podrozdziału oscylować będzie wokół problematyki związanej z różnymi formami wsparcia adresowanymi do partnera osoby uzależnionej od alkoholu.

4.6.3. Wsparcie instytucjonalne partnera osoby uzależnionej od alkoholu

Jak już kilkukrotnie wspominałam w niniejszej dysertacji, choroba alkoholowa jednostki jest również chorobą jej rodziny. Oznacza to, że nie zawsze uzależniony jest pierwszą osobą, która doświadcza konsekwencji związanych z jego permanentną intoksykacją chemiczną i nie zawsze on jako pierwszy poszukuje pomocy u specjalisty w poradzeniu sobie ze swoim uzależnieniem. Często dzieje się tak, że to partner uzależnionego jest inicjatorem poszukiwania pomocy (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 321).

Programy pomocy terapeutycznej stosowane wobec osób będących najbliższymi członkami z rodziny uzależnionego tworzone są na bazie różnych modeli genezy oraz mechanizmu kształtowania się sposobu ich funkcjonowania, jak również współuzależnienia czy też tych zachowań, które podtrzymują trwanie choroby alkoholowej w systemie. Jak wskazuje Lidia Cierpiałkowska, „przejawy współuzależnienia występują u wszystkich dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 322), dlatego programy pomocy, jak również cele oddziaływań terapeutycznych realizowane w pracy z nimi, będą częściowo zbieżne. Różnice między nimi wynikają z indywidualnych potrzeb jednostki oraz specyficznych dla niej samej trudności (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 322).

W terapii osoby współuzależnionej duże również znaczenie ma to, jaki model teoretyczny genezy współuzależnienia będzie psychoterapeucie bliższy oraz jakie zaplecze

teoretyczne (szkoła terapeutyczna przez niego ukończona) będzie prezentował. W dużej mierze wpłynie to na sposób udzielania współuzależnionemu wsparcia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 322).

Przyjmując, że proces chorobowy występuje również u współuzależnionego, mimo że nie wiąże się z jego intoksykacją chemiczną, należałoby podjąć takie działania terapeutyczne, które umożliwiłyby także partnerowi uzależnionego rozpocząć i podtrzymać proces zdrowienia. Odwołując się jednak do koncepcji współuzależnienia rozumianego jako specyficzna reakcja jednostki na występujący w rodzinie przewlekły stres, działania terapeutyczne będą oscylowały wokół nabycia umiejętności przez pacjenta nowych wzorców reagowania w odpowiedzi na bodźce wywołujące podwyższony poziom napięcia emocjonalnego. Inne formy pracy terapeutycznej będą podejmowane, gdy terapeuta będzie pojmował współuzależnienie w kategoriach zaburzenia osobowości (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 323).

Niezależnie od formy interpretowania genezy współuzależnienia, osoby będące w bliskich relacjach z alkoholikiem charakteryzują podobne cechy i sposoby funkcjonowania, nad którymi podejmowana jest praca terapeutyczna. Pierwszym z kluczowych zjawisk jest zależność emocjonalna partnera, która znajduje swoje odzwierciedlenie w jego nadodpowiedzialnych zachowaniach względem uzależnionego. Chodzi przede wszystkim o wyręczanie go w obowiązkach domowych i chronienie przed konsekwencjami wynikającymi z jego choroby (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 323).

Typowe dla osoby uzależnionej mechanizmy obronne występują również w przypadku jednostki współuzależnionej. Im bardziej alkoholik zaprzecza, że ma problem z używaniem substancji psychoaktywnej, tym intensywniej jego partner uruchamia swoje mechanizmy obronne, takie jak racjonalizacja, zaprzeczanie czy formowanie reakcji przeciwnej - obwinianie innych za kłopoty, z jakimi boryka się jej partner. Mechanizmy obronne często są tak intensywnie zakorzenione, że zniekształcając rzeczywistość, znacznie utrudniają współuzależnionemu dostrzeżenie zależności pomiędzy problemami występującymi w systemie rodzinnym a tymi, z którymi boryka się cała rodzina poza jego granicami (np. trudności dzieci w szkole, eksternalizacja zachowań niepożądanych itp.) (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 323).

Przewlekły stres, jakiego doświadczają członkowie rodziny osoby uzależnionej, powoduje brak doświadczania poczucia bezpieczeństwa w systemie rodzinnym, wzmaga również niepokój, który koreluje z występowaniem także innych nieprzyjemnych emocji - złości, żalu, wrogości w stosunku do uzależnionego. Pojawienie się tych uczuć wobec członka

rodziny powoduje w jednostkach narastające poczucie winy oraz wyrzutów sumienia, zwłaszcza gdy partner nie radzi sobie z zaistniałą sytuacją, ma poczucie, że nie potrafi pomóc uzależnionemu ani ochronić dzieci przed konsekwencjami jego choroby. W rezultacie często doświadczają zawodu oraz krzywdy i poczucia bycia ofiarą. Mając trudności w identyfikacji źródeł tych uczuć, traktują je w kategoriach własnej nieudolności oraz bezradności, co zwrotnie przyczynia się do jeszcze większego obniżenia, i tak już niskiego, ich poczucia własnej wartości oraz szacunku do siebie (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 323).

W konsekwencji niezależnie od modelu pracy przyjętego przez terapeutę oraz jego sposobu rozumienia zjawiska współuzależnienia, w programach terapeutycznych adresowanych do partnera alkoholika przede wszystkim uwzględnia się:

1) nabycie umiejętności rozpoznania przez niego przejawów choroby alkoholowej, jak również identyfikacji i zrozumienia funkcjonowania własnych mechanizmów obronnych, które zniekształcają percepcję otaczającej rodzinę rzeczywistości;
2) wgląd w sposób funkcjonowania systemu rodzinnego, specyfiki zasad w nim panujących w celu wspólnego sprecyzowania warunków niezbędnych do przeprowadzenia zmian;
3) zrozumienie oraz zaakceptowanie przez osobę współuzależnioną zasad odnoszących się do podziału obowiązków oraz przywilejów w rodzinie pomiędzy wszystkimi jej członkami;
4) identyfikację indywidualnych problemów w kontekście doświadczeń jednostki wyniesionych przez nią z rodziny generacyjnej (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 324).

Wyróżnione wyżej obszary do pracy z osobą współuzależnioną stanowią istotny element całego procesu terapeutycznego. Realizowane są stopniowo w korelacji z odpowiadającymi etapami zdrowienia jednostki. We wczesnym etapie zdrowienia współuzależnionego istotę stanowi pomoc w rozpoznaniu przez niego choroby partnera i własnej mozaiki zachowań, które podtrzymują jej trwanie. W dalszej kolejności partner uzależnionego powinien rozpoznać uaktywnione w rodzinie strategie zaradcze, które permanentnie angażują wszystkich członków rodziny w zachowania ułatwiające alkoholikowi intoksykację chemiczną. Jest to etap, w którym jednostka musi skupić się na własnych trudnościach, problemach wiążących się z regulacją uczuć, jak również z motywacją do działania oraz poczuciem własnej wartości. Istota ostatniego etapu leczenia tkwi w rozpoznaniu źródeł aktualnych problemów w kontekście doświadczeń wyniesionych z rodziny pochodzenia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 324).

Realizacja kolejnych etapów terapii nie jest łatwa, ponieważ zakłada konieczność modyfikacji dotychczasowego sposobu myślenia jednostki, jak również specyfiki odczuwania i percypowania przez nią rzeczywistości. Proces zdrowienia osoby współuzależnionej podobny jest do procesu zdrowienia uzależnionego. Dlatego w okresie kontemplacji, gdy należy przystąpić do etapu działania oraz podtrzymywania zmiany, może dojść do zatrzymania przebiegu zmian (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 324).

Niezwykle istotny w przebiegu procesu terapii, jest moment, w którym jednostka zdecydowała się na jej rozpoczęcie. Od niego bowiem będzie w dużej mierze zależał jego przebieg, jak również specyfika oddziaływań terapeutycznych. Jeśli osoba współuzależniona zdecydowała się na rozpoczęcie terapii w momencie kryzysu, wówczas należy udzielić jej odpowiedniego wsparcia, które wspomoże ją w rezygnacji z zachowań mających na celu ratowanie uzależnionego. Dużą rolę we wszystkich momentach terapii, jak również w samym procesie zdrowienia, odgrywa psychoedukacja jednostki. Wiąże się ona z przekazywaniem wiedzy na temat specyfiki choroby alkoholowej, także odnośnie współuzależnienia oraz jego znaczenia wobec podtrzymywania trwania choroby alkoholowej. Zwraca się również uwagę na przekazywanie wiedzy odnoszącej się do zasobów, jak również możliwości indywidualnego rozwoju partnera osoby uzależnionej od alkoholu (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 326).

Podjęcie decyzji dotyczącej rozpoczęcia pracy nad sobą, swoimi trudnościami oraz słabościami, zwłaszcza w przypadku członków rodziny alkoholowej, gdzie istnieją silnie zakorzenione schematy postępowania oraz zachowania regulacyjne, nie jest łatwe. Niemniej jednak podjęcie pierwszego kroku ku zmianie staje się czasami krokiem milowym pociągającym za sobą szereg innych zmian w życiu nie tylko jednostki, ale również całej jej rodziny. Do rozpoczęcia terapii często motywuje współuzależnioną kryzys, poczucie, że samodzielnie nie jest już dalej w stanie stawić czoła chorobie alkoholowej. Zdarza się również, że pomocną rękę wyciągają do niej osoby tworzące naturalną sieć wsparcia, których sytuacja życiowa jest zbieżna z tą, jakiej doświadcza współuzależniona. Mogą być nimi osoby tworzące grupy samopomocowe mające niebagatelne znaczenie w procesie wsparcia jednostki i jej rodziny.

Grupy samopomocowe przykładem naturalnych sieci wsparcia uzależnionego i jego partnerki

Otrzymywanie wsparcia społecznego jest czymś niezwykle istotnym w utrzymaniu fizycznej oraz psychicznej integracji jednostki. Naturalne sieci wsparcia, jak wskazują Solomon, Smith oraz Robins i in., działają skuteczniej oraz korzystniej, co wynika z faktu braku stygmatyzacji oraz kosztów związanych z ich funkcjonowaniem, jak również ich większej

dostępności (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 17). Przykładami takich sieci wsparcia mogą być różnego rodzaju grupy, których członków wiążą bądź więzy krwi (rodzina), przyjaźni, miejsce zamieszkania, jak również wspólny problem, z którym się borykają - wówczas najczęściej mówi się o tzw. grupach samopomocowych. W odniesieniu do problematyki związanej z uzależnieniem od alkoholu można wyróżnić trzy najbardziej znane grupy wsparcia: Anonimowi Alkoholicy (AA), Al-Anon, Alateen oraz Alatot i DDA. W tym rozdziale skupię się na krótkim opisie specyfiki funkcjonowania dwóch pierwszych grup. Ostatnie z wymienionych będą szerzej scharakteryzowane w rozdziale poświęconym problematyce funkcjonowania i wsparcia dzieciom z rodzin alkoholowych.

Grupa Anonimowych Alkoholików (AA)

Początki idei grupy Anonimowych Alkoholików sięgają połowy XIX wieku, kiedy dwójka osób uzależnionych od alkoholu postanowiła zmienić swój sposób funkcjonowania, swój dotychczasowy styl życia i założyła Towarzystwo Trzeźwości im. Jerzego Waszyngtona. Początkowo ideą stowarzyszenia było wzajemne niesienie pomocy osobom uzależnionym od alkoholu, jednak z biegiem czasu jego członkowie poszerzali obszar własnej działalności o politykę czy problemy społeczne. Gdy kręgi osób zainteresowanych podjęciem aktywności w ramach stowarzyszenia nieustannie bywały poszerzane również o jednostki nie borykające się z problemem uzależnienia od alkoholu, przewodnia idea, jaką było niesienie pomocy alkoholikom, przestawała nią być, by ostatecznie ulec zapomnieniu. Niemniej jednak wykorzystano ją później w tworzeniu Tradycji Anonimowych Alkoholików przez AA (B. T. Woronowicz 2008, s. 197-198).

Powstanie Wspólnoty Anonimowych Alkoholików datuje się na 10 czerwca 1935 roku, a za jej współzałożycieli uznaje się dwóch alkoholików: Billa W. oraz dr Boba. Opracowany przez wspólnotę AA program zdrowienia oparty jest na dwunastu krokach, a podstawowe informacje dotyczące wspólnoty zawarte są w jej preambule. Nie będę szczegółowo omawiać treści każdego kroku z osobna, zajmę się jednak całościowym opisem istoty programu 12 kroków (B. T. Woronowicz 2008, s. 198).

Powierzchowne potraktowanie programu może doprowadzić do jego błędnej interpretacji i nasunąć niektórym osobom podejrzenia, jakoby uzależnieni spotykający się w ramach grupy Anonimowych Alkoholików wchodzili w skład jakiejś organizacji czy sekty. Niemniej jednak idea programu ściśle koreluje z tradycyjnym rozumieniem alkoholizmu jako choroby, w której uzależniony nie jest zdolny kontrolować własnej konsumpcji alkoholu, a proponowany program dostępny jest niemal dla każdego alkoholika, niezależnie od jego płci, statusu społeczno-ekonomicznego, wyznania i innych zmiennych. Dzięki realizacji programu

12 kroków osoba uzależniona ma możliwość pogłębienia refleksji nad swoją intoksykacją chemiczną, sposobem picia, ale również, i przede wszystkim, nad własnym sposobem funkcjonowania. Spotkania w grupach AA umożliwiają bowiem pogłębienie wglądu we własne uczucia i towarzyszące im sytuacje problematyczne w celu ich modyfikacji tak, by uzależniony mógł funkcjonować w sposób aprobowany społeczne z równoczesnym doświadczaniem satysfakcji z własnego życia. Trzeźwość uzależnionego stanowi nieodzowny element spotkań grup wsparcia. Dlatego jeśli jednostka decyduje się na terapię ukierunkowaną na redukcję szkód, czyli na nabycie umiejętności kontrolowanego spożywania alkoholu, nie będzie mogła brać udziału w grupach wsparcia AA (uwzględniając również, że obecność tej osoby kłóciłaby się z ideą grupy).

Wspomniana trzeźwość rozumiana jest jako zachowanie trzeźwości zarówno fizycznej, ale co równie istotne, psychicznej. Obejmuje ona także „zmieniony sposób myślenia, odczuwania siebie i innych oraz dojrzałe, a więc >>trzeźwe<< funkcjonowanie w życiu" (B. T. Woronowicz 2008, s. 202), które dla jednostki jest czymś nowym, czego musi się nauczyć. Niemniej jednak jest to „praca nad tożsamością pozwalająca na nowej podstawie ocalić godność pijącego po podjęciu abstynencji wraz z innymi członkami AA. Pozwala to pijącemu odnaleźć nowe uzasadnienie dla poczucia godności. Jest to na tyle cenne, że skutecznie konkuruje nawet z głodem alkoholowym. Doświadczenie dna alkoholowego jest tak dojmujące, że odzyskanie godności staje się naczelnym dobrem i siłą powstawania z nałogu" (M. Jędrzejko, A. Neroj, K. A. Wojcieszek, A. Kowalewska 2009, s. 152).

Realizacja programu 12 kroków, mimo ich narzuconej treści, jest indywidualną kwestią każdego uzależnionego biorącego udział w spotkaniach grupy, ponieważ mają one na celu jedynie ukierunkowywać alkoholika wobec kierunku refleksji nad własnymi doświadczeniami oraz dokonywanymi w życiu zmianami (B. T. Woronowicz 2008, s. 203). Pomóc ma w tym uzależnionemu modelowanie zachowań społecznie aprobowanych przez innych alkoholików, czyli osób będących w tej samej sytuacji. Sprzyja to redukcji wcześniej doświadczanej, przeżywanej alienacji społecznej i wzmacnia w pokonywaniu pojawiających się trudności, anomii oraz samowyobcowania (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 484).

Podsumowując, należy nadmienić, że program realizowany w ramach spotkań grupy samopomocowej Anonimowych Alkoholików jest programem, który ma wyznaczać kierunek oraz etapy procesu zmiany uzależnionego. Jego realizacja nie ogranicza się do kilku spotkań, ale do wielu lat ciężkiej pracy jednostki, „a przebieg zmian jest bardzo zbliżony do dynamiki procesu psychoterapii i, podobnie jak ona, umożliwia usunięcie środkami psychologicznymi objawów choroby oraz uzyskanie korzystnych zmian w stanie zdrowia i zachowaniu" (B. T.

Woronowicz 2008, s. 207- 208). O istotności i skuteczności funkcjonowania grup samopomocowych świadczyć może fakt, że program 12 kroków został zaadaptowany również w innych grupach o charakterze samopomocowym, takich jak chociażby grupy Anonimowych Narkomanów, Anonimowych Hazardzistów i wiele innych, których nazwa oraz specyfika korelują z problemem, z jakim borykają się ich członkowie. Co jednak istotne, w kontekście poruszanej problematyki nawiązującej do wsparcia członków rodziny alkoholowej, sama koncepcja grupy samopomocowej oraz jej program zostały powielone także w odniesieniu do partnerki uzależnionego i funkcjonuje pod nazwą Al- Anon.

Al-Anon - forma wsparcia partnerów osób uzależnionych od alkoholu

Na bazie funkcjonowania dynamicznie rozwijającej się wspólnoty Anonimowych Alkoholików, w połowie lat czterdziestych XX wieku, w Stanach Zjednoczonych zaczęły powstawać Kluby Rodzinne ukierunkowane na osoby, które bezpośrednio doświadczały trudności we współżyciu z osobą uzależnioną od alkoholu - wobec dzieci uzależnionych i ich partnerów. Wówczas pojawiły się grupy Żon Niealkoholiczek, Anonimowych Niealkoholików, jak również żon Anonimowych Alkoholików oraz „Oddziały Posiłkowe" AA. Po wielu staraniach członków tych grup, przy dużym wkładzie Lois W. - żony współzałożyciela wspólnoty AA - w 1961 roku odbył się pierwszy światowy zjazd Al-Anon (B. T. Woronowicz 2008, s. 214).

W spotkaniach grup Al-Anon najczęściej uczestniczą żony, matki (chociaż o mniejszym natężeniu), teściowe bądź narzeczone tych osób uzależnionych od alkoholu, które:

a) nie chcą podjąć leczenia bądź podejmowane przez nich wcześniej leczenie (najczęściej jedynie farmakologiczne) nie przyniosło trwałych efektów w postaci utrzymującej się abstynencji jednostki;
b) podjęli leczenie bądź indywidualne, bądź/i w ramach grup Anonimowych Alkoholików, jednak wraz z ich trzeźwieniem fizycznym nie utrzymuje się poprawa w zdrowieniu psychicznym albo nawet doszło do pogorszenia w różnych płaszczyznach życia rodzinnego (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 344).

Członkowie spotykający się na grupach wsparcia Al-Anon działają w oparciu o adaptację programu Anonimowych Alkoholików, również przy wykorzystaniu 12 kroków oraz 12 tradycji (B. T. Woronowicz 2008, s. 214). Istotą spotkań grup Al-Anon jest niesienie pomocy nie uzależnionemu, ale osobie będącej z nim w bliskiej relacji partnerskiej (R. Hemfelt, F. Minirth, P. Meier 2004, s. 13).

Wzorem grup Al-Anon powstały na świecie grupy, których członkowie są partnerami osób borykających się z problemem uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych, np.

od narkotyków, bądź tych, którzy są pracoholikami czy hazardzistami. Grupy te kolejno przybrały nazwy: Nar-Anon, Gam-Anon, Work-Anon (B. T. Woronowicz 2008, s. 214).

Do najistotniejszych aspektów spotkań członków grup Al-Anon zalicza się:

1. poznanie symptomów oraz przebiegu choroby alkoholowej, a w szczególności trwałości, jak również nieodwracalności utraty przez osoby uzależnione od alkoholu możliwości kontrolowania konsumpcji alkoholu; zrozumienie, że alkoholizm jest chorobą, a nie „złośliwością" alkoholika;
2. analiza doświadczeń współuzależnionej, które związane są z jej nadzieją i jej utratą oraz wykorzystaniem już wszystkich wcześniej jej dostępnych sposobów oraz środków do radzenia sobie z nadmiernym piciem uzależnionego;
3. przyjrzenie się konsekwencjom, jakie wynikają z choroby jednostki i mają wpływ na funkcjonowanie jej całej rodziny, a przede wszystkim bliższe przyjrzenie się własnym reakcjom i stanom emocjonalnym przeżywanym w odpowiedzi na nadmierne picie uzależnionego (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 344-345).

Istotną funkcjonowania grup samopomocowych Al-Anon jest niesienie wsparcia jednostce przy jednoczesnej pomocy jej w zrozumieniu, czym jest choroba alkoholowa, ale przede wszystkim rozpoznaniu własnego stosunku wobec uzależnienia partnera i zwiększenia samoświadomości własnych stanów emocjonalnych i przejawianych zachowań w odniesieniu do choroby uzależnionego. Osoby współuzależnione bardzo często odczuwają duży przymus podejmowania prób kontroli alkoholika i silne poczucie winy wynikające z niskiej efektywności realizacji tych prób bądź w ogóle z ich braku. Janet G. Woititz, która swoje spostrzeżenia opisuje w książce „*Małżeństwo na lodzie. Psychologiczne problemy żon alkoholików*", szczegółowo przygląda się funkcjonowaniu żon alkoholików. Autorka wskazuje na silną korelację zachowań uzależnionego z tym, jak zachowuje się jego żona i dzieci i odwrotnie - zachowań żony i dzieci na funkcjonowanie alkoholika. Podkreśla przy tym konsekwencje niepodejmowania przez współuzależnioną prób pomocy sobie i dzieciom, co rzutuje na jej sposób postrzegania siebie. Żona alkoholika niemal nieustannie odczuwa poczucie winy, lęk, zamęt, złość, poczucie beznadziejności, rozpacz, a także ma niskie poczucie własnej wartości (J. G. Woititz 1990, s. 25-36). Dlatego uświadomienie sobie przez współuzależnioną, że sposób picia partnera oraz konsekwencje z tego wynikające są wynikiem choroby alkoholowej niemożliwej do skontrolowania przez kogokolwiek, często przynosi poczucie ulgi i pozwala im na rozpoczęcie pracy nad sobą i skoncentrowaniu się na sobie.

Realizacja 12 kroków, w ramach uczęszczania na grupę Al-Anon, ma umożliwić jednostce lepsze przyjrzenie i zrozumienie własnych problemów, trudności oraz doświadczeń

życiowych wynikających z życia z osobą uzależnioną od alkoholu. Ma się to odbywać przede wszystkim z uwrażliwieniem na swoje postawy, emocje i zachowania bez ciągłego odnoszenia się do choroby alkoholowej partnera, ponieważ „tylko dzięki lepszemu poznaniu samej siebie, a w konsekwencji zmianie tych cech, właściwości czy zachowań, które uniemożliwiają właściwe funkcjonowanie, żona alkoholika może nabyć umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i tak kształtować siebie, aby żyć bardziej satysfakcjonująco" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 349).

Rozpiętość specyfiki problemów, z jakimi borykają się osoby uczestniczące w grupach wsparcia dla partnerów osób uzależnionych (nie tylko od alkoholu) i ich skuteczność we wspieraniu swych członków, świadczy o efektywności i istotności roli wsparcia nieinstytucjonalnego również w tak istotnych kwestiach, jak zdrowienie członków rodziny alkoholowej. Grupy wsparcia powodują, że jednostka nie czuje się odosobniona ze swoimi problemami, ma poczucie jedności z jej członkami, a tym samym może wzmacniać ją w postanowieniu zdrowienia i podejmowaniu nowych kroków , by zmienić swoje dotychczasowe położenie.

Problematyka odnosząca się do wsparcia społecznego jest niezwykle zawiła i wielowątkowa. Dotyczy ona zarówno możliwości instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych wiążących się z udzielaniem wsparcia jednostkom, ale przede wszystkim ze specyfiką samej osoby wymagającej wsparcia - jej zasobów, chęci i rodzajem trudności, z którymi się boryka, bowiem „zarówno otrzymywane, jak też spostrzegane wsparcie społeczne jest w pewnym sensie kreowane przez podmiot: jest rezultatem aktywności podmiotu odbierającego wsparcie" (R. Cieślak, A. Eliasz 2004, s. 88). Stąd dużą wagę przypisuje możliwościom i chęciom potrzebującego, jego motywacji związanej z uzyskiwanym wsparciem społecznym. Szczególnie istotne jest to w przypadku osób chorych, borykających się z uzależnieniem od alkoholu, jak również ich partnerów. Stąd głównym celem wyżej nakreślonych wątków odnoszących się do problematyki wsparcia osób uzależnionych od alkoholu, jak również ich bliskich - w szczególności partnerów, było przybliżenie istotności i doniosłości niesienia im pomocy w uporaniu się z trudną sytuacją życiową, w jakiej się znalazły. Jak wskazuje wielu autorów, podjęcie terapii bądź decyzji o uczestniczeniu w grupach samopomocowych nigdy nie jest łatwe, ponieważ wiąże się z przyznaniem przed sobą do trudności, z którą nie można się samemu uporać. Niemniej jednak w przypadku osób uzależnionych i ich partnerów stanowi pierwszy krok do zdrowienia i często jest szansą do zmiany funkcjonowania całego systemu rodzinnego.

ROZDZIAŁ V

Funkcjonowanie psychospołeczne osób wychowywanych w systemie alkoholowym- aspekty teoretyczno- empiryczne[94]

5.1. Osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej- wyjaśnienia definicyjne

Problematyka osób dorastających w domach, w których co najmniej jeden z rodziców borykał się z problemem uzależnienia od alkoholu jest podejmowana od wielu lat zarówno przez naukowców, jak również praktyków. Początkowo badania realizowane na tej próbie osób koncentrowały się przede wszystkim na ich trudnościach w funkcjonowaniu psychospołecznym i dość deterministycznie wskazywały na dużą zależność między dorastaniem w rodzinie dysfunkcyjnej a różnorodnością występujących u nich problemów.

W literaturze przedmiotu pojawił się termin: syndrom Dorosłych Dzieci Alkoholików[95], który nie jest opisany w żadnej klasyfikacji chorób. Badania naukowe również nie potwierdziły jakoby istniała „osobowość DDA" lub zespół patologicznych cech wyróżniających tę populację osób. Syndrom DDA został zdefiniowany przez Zofię Sobolewską-Mellibrudę w następujący sposób: „to zespół problemów i zaburzeń wynikających z destrukcyjnych schematów osobistych, powstałych w dzieciństwie w rodzinie alkoholowej, które utrudniają adekwatny, bezpośredni kontakt z teraźniejszością i powodują psychologiczne zamknięcie się w traumatycznej przeszłości. Przeżywanie i interpretowanie aktualnych wydarzeń i relacji odbywa się przez pryzmat bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zniekształcenia te nie są przez DDA uświadamiane. Destrukcyjne schematy przyczyniają się do powstawania u pacjenta wielu zaburzeń w kontakcie z samym sobą: tworzenia negatywnego lub niespójnego obrazu

[94] Podejmując problematykę dorosłych dzieci alkoholików wychodzę z założenia, że wychowywanie w rodzinie dysfunkcyjnej, zwłaszcza w rodzinie alkoholowej, bardzo często jest źródłem różnorodnych problemów w ich funkcjonowaniu. Zdaję sobie sprawę, że grupa tych osób jest niezwykle heterogeniczna, tak pod względem osobowościowym, jak i mozaiki trudności z którymi się borykają jej członkowie, ich internalizacji i eksternalizacji. Powołując się na wyniki badań i treści zawarte w literaturze przedmiotu nie zamierzam ich generalizować, jednak chcę zaznaczyć pewne tendencje, które często mają, i mogą mieć miejsce, w przypadku osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych, ale wcale nie muszą.
Podkreślenia wymaga również fakt, że w odniesieniu do określonych etapów rozwojowych jednostki zamierzam przedstawiać typowe dla danego okresu zmiany, zjawiska, które rzutują na jej funkcjonowanie psychospołeczne. Niemniej jednak przy opisywaniu niektórych wątków i przytaczaniu wyników badań nie zamierzam ograniczać się wyłącznie do danego etapu rozwojowego, o którym piszę w danym rozdziale. Będę również nawiązywać do potencjalnych zależności pomiędzy trudnościami w realizacji zadań rozwojowych we wcześniejszym etapie życia jednostki a jej funkcjonowaniem w życiu dorosłym. Np. pisząc o kształtowaniu samooceny jednostki w dzieciństwie, również nawiążę do samooceny dorosłych osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych.

[95] W tym miejscu celowo termin Dorosłe Dzieci Alkoholików został napisany wielkimi literami, ponieważ w literaturze przedmiotu pisząc o „syndromie" tej grupy osób używa się takiego piśmiennictwa.

siebie, atakowania siebie i ignorowania swoich potrzeb, nadmiernego przeżywania negatywnych uczuć. Powodują też problemy w relacjach z innymi osobami: wrogi i nieufny stosunek do innych, przeżywanie ambiwalentnych emocji i pragnień w kontaktach interpersonalnych, destrukcyjne wzory kontaktowania się z innymi, szczególnie tymi, z którymi pacjent jest w bliskich związkach" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 11).

Niektórzy autorzy określają osoby dorastające w domu alkoholowym mianem osób współuzależnionych. Podkreślają przy tym specyfikę kształtujących się u nich szeregu dysfunkcji psychicznych: emocjonalnych, społecznych, poznawczych, które w cyklu życia często prowadzą do powstania dezadaptacyjnych wzorów zachowania bądź zaburzeń osobowości. Wyniki badań realizowanych na omawianej próbie są heterogeniczne i w niewielkim stopniu potwierdzają powyższe. Pokazują, że chociaż „dzieci alkoholików mają określone trudności i problemy natury psychicznej, to wiele ich cech i właściwości funkcjonowania zawiera się w tzw. normie rozwojowej" (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2006, s. 78-79)[96].

Pisząc o osobach wychowywanych w domu, w którym co najmniej jeden z rodziców boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu, **nie opowiadam się za syndromem Dorosłych Dzieci Alkoholików**. W swojej pracy wskazywać będę zarówno na zwiększone ryzyko występujące wśród osób wychowywanych w domach alkoholowych w zakresie internalizacji i eksternalizacji problemów, wystąpienia pozabezpiecznego stylu przywiązania oraz dokonam krótkiego zarysu ewentualnego zahamowania procesu rozwoju mentalizacji. Odniosę się również do coraz szerzej omawianej koncepcji *resilience,* wskazując na różnorodność tej grupy osób w zakresie ich funkcjonowania, podkreślenia istotności czynników ochronnych w ich życiu. Odwołam się do wyników badań, które potwierdzają satysfakcjonujące funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików mimo niesprzyjających warunków środowiskowych.

W tym miejscu należałoby uściślić, jak w niniejszej pracy rozumiany jest termin „dorosłe dzieci alkoholików". **Pisząc o dzieciach/ adolescentach osób uzależnionych od alkoholu bądź o dorosłych dzieciach alkoholików, będę miała na myśli osoby pochodzące z domów, w których co najmniej jeden z rodziców jest uzależniony od alkoholu, albo pił/ pije[97] w sposób szkodliwy. Nie opowiadam się ani za syndromem dorosłych dzieci**

[96] Problematyka dotycząca potencjalnie występującego współuzależnienia u dorosłych dzieci alkoholików została już przeze mnie poruszona w drugim rozdziale pracy.

[97] Uwzględniając heterogeniczność funkcjonowania uzależnionego, należy podkreślić, że pewna część alkoholików podejmuje leczenie. Stąd napisałam „pił/pije". Należy zaznaczyć, że znacznie bardziej złożona jest problematyka związana z trzeźwością osoby uzależnionej, która podejmowana jest zarówno w aspekcie

alkoholików, ani za określaniem ich mianem osób współuzależnionych. Nie uważam, by dorastanie w rodzinie alkoholowej bezpośrednio determinowało wystąpienie szeregu problemów, trudności, zaburzeń w funkcjonowaniu tej grupy osób, niemniej jednak sądzę, że jest to środowisko znacznie zwiększające występowanie u nich określonych problemów natury psychologicznej, społecznej, emocjonalnej[98]. Chciałabym również zaznaczyć, że w przypadku cytowania przeze mnie konkretnych autorów, bądź powoływania się na ich wyniki badań, robię to bez odgórnego uznawania ich ujęcia definicyjnego osób z rodzin alkoholowych czy dorosłych dzieci alkoholików (chyba że wyraźnie zaznaczę, że jest inaczej). Może zdarzyć się, że będę nawiązywała do opisanych w literaturze przedmiotu rezultatów pracy autora, który jest zwolennikiem syndromu DDA bez uznawania przeze mnie istnienia wspomnianego syndromu.

5.2. Etap niemowlęctwa, dzieciństwa oraz adolescencji osoby dorastającej w rodzinie alkoholowej

Zanim opiszę ważność doświadczeń (wczesno)dziecięcych oraz tych z okresu adolescencji jednostki dorastającej w rodzinie alkoholowej, uważam za zasadne wskazanie, jakie są najistotniejsze zadania rozwojowe, które ta powinna zrealizować, by móc w przyszłości funkcjonować w sposób aprobowany społecznie i satysfakcjonujący dla niej samej.

Mimo unikatowości funkcjonowania ludzi i ich specyficznych cech, określone etapy rozwojowe charakteryzują się pewnymi właściwościami wspólnymi dla każdej osoby. Wiążą się z konkretnymi zadaniami rozwojowymi oraz ich realizacją, jak również odgrywaniem różnych ról społecznych. Dzięki temu jednostka może pozytywnie zaadaptować się do warunków środowiskowych, w których żyje oraz czerpać z tego osobistą radość, jak również mieć poczucie samorealizacji. Wspomniane role oraz zadania warunkowane są dwojako: wewnętrznie, bowiem wypływają z potrzeb, przyjętej hierarchii wartości oraz zewnętrznie, będąc wynikiem wymagań otoczenia (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 249).

W literaturze przedmiotu, ale również w psychoterapii i psychologii, od dawna wskazuje się na dużą istotność doświadczeń wczesnodziecięcych i dziecięcych w (nie)prawidłowym przebiegu rozwoju jednostki. Już Zygmunt Freud podkreślał ważność

zachowania abstynencji, ale również psychologicznym - uczenia się konstruktywnego funkcjonowania. W kręgach osób uzależnionych od alkoholu dominuje przekonanie, że nie każdy alkoholik, który nie dokonuje intoksykacji chemicznej, jest tzw. **trzeźwym alkoholikiem**, bowiem trzeźwość jest procesem uwzględniającym również aspekt psychologicznego trzeźwienia.

[98] Dzieci dorastające w rodzinie alkoholowej są narażone na większą podatność na zaburzenie wynikające z nagromadzenia w ich życiu „czynników ryzyka, które w sposób istotny zwiększają zagrożenie wystąpienia różnorodnych problemów" (I. Grzegorzewska 2013, s. 25).

pozytywnych doświadczeń jednostki we wczesnym okresie życia na jej rozwój w późniejszych etapach. Konstruktywne rozwiązanie konfliktów w relacjach z rodzicami (kompleks Edypa i kompleks Elektry) zapobiegało powstawaniu późniejszych zaburzeń u danej osoby. Także John Bowlby, twórca teorii przywiązania, wskazywał istotność wczesnodziecięcych doświadczeń w relacji z obiektem przywiązania na jakość późniejszego funkcjonowania jednostki w relacjach z innymi osobami, a zwłaszcza w relacjach intymnych[99]. Wyżej wymienieni naukowcy zwrócili szczególną uwagę, że człowiek, będąc osobą społeczną, rozwija się w kontakcie z innymi ludźmi, a przede wszystkim w bliskich relacjach z rodzicami. W rezultacie funkcjonowanie rodziny ma niewymierny wpływ na (nie)prawidłowe funkcjonowanie wszystkich jej członków, bowiem „specyfika życia rodzinnego, na którą składa się zespół wzajemnie ze sobą powiązanych elementów, określa w dużym stopniu kierunek i szanse rozwoju dziecka" (R. Pawłowska 2005, s. 9)[100].

Oprócz dynamicznych zmian fizycznych[101] jednostki w **okresie niemowlęctwa**, omawiany okres rozwojowy jest także czasem wzajemnego poznawania się dziecka z jego opiekunami, uczenia się rozpoznawania własnych potrzeb, jak również oczekiwań i opanowywania różnych sposobów dzięki którym mogłyby one zostać zaspokojone. Budowanie związku pomiędzy dzieckiem i jego opiekunami będzie najważniejszym zadaniem tego okresu rozwojowego, bowiem „rozwój dziecka i rozwój dorosłego są wzajemnie uwarunkowane, każdy z nich wnosi coś innego do sytuacji, w której się kontaktują i coś innego zyskuje" (A. I. Brzezińska 2003, s. 14; A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 159).

Dziecko w **okresie wczesnego dzieciństwa** wciąż wykazuje tendencje zachowawcze wynikające z określonego stylu przywiązania, niemniej jednak wiele z tych zachowań przestaje być tak wyraźnie widoczna (np. w wieku dwóch lat zazwyczaj nie odczuwa tak wielkiego lęku przed separacją z figurą przywiązania, jak we wcześniejszym okresie życia). Do podstawowych zadań tego okresu rozwojowego zaliczyć można trening czystości, uczenie się samokontroli, ale również ciągły rozwój własnego Ja oraz Ja społecznego, rozwój pojęcia płci oraz wiążące się z tym zachowania właściwe określonej roli płciowej (H. Bee 2004, s. 232-262).

[99] Należy podkreślić, że przełożenia założeń teorii przywiązania Johna Bowlby'ego na grunt relacji intymnych dorosłych osób dokonali C. Hazan oraz P. Shaver. Problematyka ta zostanie dokładniej opisana w rozdziale odnoszącym się do funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w relacjach intymnych.

[100] Nie mniejsze znaczenie nadaje się również dziedziczeniu genetycznemu, biologicznym predyspozycjom jednostek na sposób ich funkcjonowania. Niemniej jednak w swojej pracy skupię się na opisie psychologiczno-pedagogicznym w nawiązaniu do funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych.

[101] Zob. także: H. Bee (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; H. Bee (2005). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Okres przedszkolny oraz szkolny to czas specyficzny dla jednostki. Pierwszy z wymienionych wiąże się z głównym zadaniem, jakie stoi przed dzieckiem w tym okresie, a mianowicie przygotowaniem do pójścia do szkoły oraz opuszczeniem domu rodzinnego. Jego działania muszą nabrać charakteru społecznego, przede wszystkim nawiązywania nowych relacji interpersonalnych z rówieśnikami w sposób aprobowany społecznie, czyli taki, by nie stwarzało żadnego zagrożenia wobec siebie i innych osób. Proces ten jest istotny, ponieważ jego pomyślny przebieg „powoduje, że dziecko staje się stopniowo coraz bardziej gotowe do przebywania poza domem bez rodziców" (B. Smykowski 2015, s. 177). Do równie ważnych obszarów rozwoju dziecka w okresie przedszkolnym należy także zaliczyć identyfikację z płcią, wczesny rozwój moralny oraz zabawę grupową (A. I. Brzezińska 2015, s. 31).

W **wieku szkolnym** dziecko zaczyna obejmować refleksją własne przeżycia, dokonuje ich analizy i dopiero w jej wyniku podejmuje określone zachowania. W tym okresie musi również nauczyć się nowego sposobu organizacji własnych działań, kształtowania kontroli emocjonalnej i stawania się bardziej świadomym własnych przeżyć wewnętrznych (K. Appelt 2015, s. 274). Jawne zachowania przywiązaniowe pojawiają się w momencie doświadczania trudności generujących silny stres u jednostki. Większą rolę, aniżeli we wcześniejszych etapach rozwojowych, przypisuje się grupie rówieśniczej, w której nawiązywane są pierwsze przyjaźnie, a dziecko doświadcza różnych sytuacji społecznych, które będą w dużej mierze kształtować jego sposób wchodzenia oraz utrzymywania relacji interpersonalnych z ludźmi w przyszłości. Do najważniejszych obszarów rozwoju w tym okresie należałoby zaliczyć: kooperację społeczną, kształtowanie samooceny, nabywanie sprawności szkolnych oraz zabawę zespołową (A. I. Brzezińska 2015, s. 31).

Równie istotnym i specyficznym w swej dynamice, co okres niemowlęctwa, okres przedszkolny oraz szkolny, jest **okres adolescencji**, który stanowi ten etap w życiu jednostki, „w którym dokonuje się przeobrażenie dziecka w osobę dorosłą" (R. Łapińska, M. Żebrowska 1976, s. 664). Podobnie jak we wcześniej wzmiankowanych okresach rozwojowych, tak i w okresie adolescencji wspomnianemu „przeobrażeniu" towarzyszy wiele różnorodnych przemian, zarówno w płaszczyźnie funkcjonowania psychicznego, jak również fizycznego. Do najważniejszych z nich można zaliczyć: wysokość i ciężar masy ciała (ich zwiększenie); skok pokwitaniowy; rozwój organów wewnętrznych; rozwój gruczołów dokrewnych; dojrzewanie płciowe; zmiany w obszarze rozwoju poznawczego; rozwój uczuciowy (kształtowanie się uczuć wyższych); rozwój kontaktów społecznych i ich przeobrażenia itd. (R. Łapińska, M. Żebrowska 1976). Oprócz zmian cielesnych przed adolescentami stoją wyzwania natury psychologicznej oraz społecznej. Należą do nich przede wszystkim: pierwsze miłości i wiążąca

się z tym bliskość intymna z drugą osobą (już z kimś innym, niż z rodzicem czy rodzeństwem); pierwsze rozczarowania miłosne; większa baczność na wygląd i atrakcyjność zarówno samego siebie, jak i drugiej osoby; rozwój i stabilizacja tożsamości; podejmowanie i wypełnianie ról społecznych; oczekiwania społeczne związane z wiekiem jednostki, rozwój tożsamości, nabycie umiejętności niezależności i autonomii w kontaktach z rodzicami, wzrost zaufania do samego siebie, rozwój więzów i przyjaźni z rówieśnikami (B. Ziółkowska 2005, s. 435; L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 137). By sprostać i zmierzyć się z tymi zmianami, adolescenci wymagają wsparcia ze strony najbliższych im osób - najczęściej są to rodzice. Jednak i tutaj pojawiają się komplikacje. Bowiem kolejną cechą charakterystyczną okresu dojrzewania jest specyfika relacji młodych osób z rodzicami, którzy nie są już w ich oczach bezkrytycznie autorytetem. W momencie dorastania pojawia się tzw. kryzys autorytetu rodziców, w którym „rodzice spadają z piedestału doskonałości i stają się w oczach dorastających dzieci zwykłymi ludźmi, pełnymi błędów i uchybień" (R. Łapińska, M. Żebrowska 1976, s. 727). Wówczas stopniowo zaczyna zachodzić proces separacji-indywiduacji, czyli „proces, w którym jednostka rozwija możliwość utrzymania stałej odrębności reprezentacji *self* od reprezentacji innych" (B. Boćwińska-Kiluk, 2013, s. 70). Prawidłowy jego przebieg jest niezwykle istotny, ze względu na to, by w późniejszym okresie rozwoju nie wystąpiły zaburzenia, bądź choroby psychiczne[102]. Jak wskazuje Beata Boćwińska-Kiluk, „odrębność *self* od obiektu jest niezbędna do wewnętrznej regulacji i poczucia wartości i tolerowania samotności, inaczej jednostka staje się bezradna, ma niewyobrażalną depresję i czuje intensywny niepokój, kiedy jest samotna" (B. Boćwińska-Kiluk 2013, s. 70). Taka sytuacja może mieć miejsce w rodzinach, w których granice zewnętrzne są zamknięte, gdzie rodzice, bądź częściej - rodzic, jest w symbiozie z dzieckiem/ nastolatkiem - często także w rodzinach alkoholowych. Wówczas każda próba separacji - indywiduacji będzie stanowiła zagrożenie dla opiekunów, a konkretniej - dla trwałości systemu alkoholowego, ponieważ będzie zagrażała jego homeostazie. W konsekwencji, system rodzinny będzie tak funkcjonował, by albo uniemożliwić przejście opisywanego procesu, albo jak najbardziej mu go utrudnić. Nierzadko dochodzi wówczas do intensywnych kłótni i nieporozumień, w wyniku których nastolatek może dość drastycznie doprowadzić do przeprowadzenia tego procesu, np. poprzez ucieczkę z domu, zachowania autodestrukcyjne, zaburzenia odżywiania, zajście w ciążę itd.

[102] Barbara Józefik wskazała na to, jaki wpływ może mieć nieprawidłowy przebieg procesu separacji- indywiduacji w rozwoju zaburzeń odżywiania- bulimii oraz anoreksji (B. Józefik 2008).

Każdy okres rozwojowy naznaczony jest szansami oraz zagrożeniami, które w sposób istotny rzutować będą na ich (nie)prawidłowy przebieg. Analizując literaturę przedmiotu, można zapoznać się zarówno ze specyficznymi dla danego okresu wspomnianymi szansami oraz zagrożeniami, jak również z tymi, które będą wspólne dla wszystkich etapów życia jednostki. Najistotniejszym i równocześnie najczęściej wzmiankowanym czynnikiem jest sposób funkcjonowania rodziny, bowiem wywiera ona „pierwszy i podstawowy wpływ na kształtowanie osobowości dziecka. Wpływ ten trwa przez długi okres, ponieważ rodzina jest dla dziecka podstawowym środowiskiem wychowawczym" (J. Starycha 2000, s. 85). W kontekście czynników ryzyka oraz zasobów, często wyróżnia się zarówno style przywiązania oraz style wychowawcze w rodzinie[103], które w sposób istotny rzutują na specyfikę funkcjonowania wychowanka. Najbardziej sprzyjający rozwojowi jednostki jest styl demokratyczny, z kolei najmniej sprzyjające będą style: nadopiekuńczy, autorytarny oraz ignorujący[104]. Pierwszy z wymienionych (demokratyczny) sprzyjać będzie prawidłowemu rozwojowi dziecka i jego funkcjonowaniu w rodzinie oraz poza jej granicami, z kolei każdy z pozostałych wymienionych stylów wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu dziecka oraz trudnością w satysfakcjonującym wypełnianiu określonych zadań rozwojowych (H. Liberska, M. Matuszewska 2014, s. 130).

Osoby dorastające w rodzinie alkoholowej należą do „jednej z większych populacji ryzyka wystąpienia różnorodnych problemów rozwojowych ze względu na problemy psychiczne, doświadczane przez jednego z rodziców" (I. Grzegorzewska 2013, s. 74). Uzależnienie rodzica, a co się z tym wiąże jego przewlekłe zaburzenie psychiczne, wpływa na rozwój dzieci przede wszystkim w dwóch głównych płaszczyznach: zwiększenia ich podatności neurofizjologicznej oraz genetycznej wobec powstania różnorodnych objawów psychopatologicznych oraz naraża je na przewlekły i destrukcyjny stres (I. Grzegorzewska 2013, s. 74). Jak trafnie wskazuje Timmen Cermak, „dorastanie w bardzo stresującym środowisku rodziny alkoholowej powoduje rany, które często są ukrywane. Im później wyjdą na jaw, tym trudniej odnaleźć ich prawdziwe przyczyny. Alkoholizm rodziców pozostawia ślady, bez względu na to, czy jest jawny, czy ukryty. Takie rany powodują, że wiele DDA niezamierzenie obniża jakość swojego życia, ponieważ nie jest w stanie zaufać światu. Ludzie

[103] Zob. także: B. Smykowski (2015). *Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] A. I. Brzezińska (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 246-250; H. Liberska, M. Matuszewska (2014). *Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania* [w:] I. Janicka, H. Liberska (red.). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 115- 138.

[104] Istnieją różne klasyfikacje stylów wychowania. W swojej pracy opieram się na klasyfikacji opracowanej przez Schaefera, który wyodrębnia cztery style: demokratyczny, nadopiekuńczy, autorytarny oraz ignorujący (H. Liberska, M. Matuszewska 2014, s. 130).

uczą się na własnych doświadczeniach, a te podpowiadają dzieciom alkoholików, że niemądrze jest zaufać komukolwiek. Świat ich dzieciństwa zmieniał się zbyt często, zbyt gwałtownie, zbyt boleśnie, aby budzić zaufanie" (T. L. Cermak 2011, s. 27).

Timmen Cermak, w przytoczonym wyżej cytacie, trafnie wskazał, że specyfika funkcjonowania środowiska, jakim jest rodzina alkoholowa, w sposób znaczący rzutować będzie na sposób realizacji zadań rozwojowych przez dzieci i adolescentów w niej wychowywanych, jak również na jakość ich funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Wczesne dzieciństwo, dzieciństwo i adolescencja są tymi okresami w życiu każdej jednostki, które odegrają istotną rolę w jej sposobie funkcjonowania w okresie dorosłości. Stąd za zasadne uważam przybliżenie specyfiki tych okresów rozwojowych w nawiązaniu do osób, które personalnie doświadczały problemu uzależnienia od alkoholu, z którym borykał się jeden z ich rodziców. Zanim jednak to uczynię, rozpocznę od opisania ról, które dzieci z rodzin alkoholowych przyjmują, by móc się do nich swobodnie odwoływać przy późniejszym opisie ich funkcjonowania.

5.2.1. Role dzieci w rodzinie alkoholowej

Osobowość jednostki definiowana jest w literaturze przedmiotu z różnych perspektyw i w wieloraki sposób w zależności od zaplecza teoretycznego, na bazie którego jest wyjaśniana. Wśród definicji osobowości jedne z nich akcentują jej strukturę, z kolei inne funkcje. Najogólniej można jednak przyjąć za Randy Larsen oraz David Buss, że „osobowości to zespół wzajemnie powiązanych i względnie trwałych cech i mechanizmów psychologicznych wewnątrz jednostki, które wpływają na jej interakcje i przystosowanie do środowiska fizycznego, społecznego i intrapsychicznego" (R. Larsen, D. Buss 2009, s. 4). Wspomniane cechy oraz mechanizmy psychologiczne stanowią wypadkową jakości interakcji jednostki z innymi osobami oraz stanowią konstelację jej przekonań o samej sobie w odniesieniu także do tego, co inni ludzie o niej uważają. Dużego znaczenia przy kształtowaniu osobowości jednostki nabierają jej relacje z najbliższą rodziną we wczesnych etapach jej życia. Jeśli są one destrukcyjne, mogą w konsekwencji doprowadzić do wystąpienia zaburzeń osobowości w wieku dorosłym.

W systemie alkoholowym spectrum funkcjonowania oscyluje wokół choroby alkoholowej uzależnionego. Ona (choroba alkoholowa), organizując życie w rodzinie, będzie miała niewymierny wpływ na osobowość osób ją tworzących (A. Margasiński 2011, s. 49-50). Zarówno współuzależniona, jak również dzieci, dostosowują swoje funkcjonowanie do dynamiki uzależnienia, wykazując szereg zachowań regulacyjnych. Autorzy, pisząc o osobowości dzieci z rodzin alkoholowych, wskazują na ich tzw. „fałszywe osobowości", które

„są rezultatem nieświadomej reakcji dziecka, które usiłuje stawić czoło faktowi, że jego rodzice zawiedli w roli rodziców, a poza tym chce ukryć i obronić ważne aspekty swej wewnętrznej rzeczywistości" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 63).

Dzieci, reprezentując daną „fałszywą osobowość", w sposób nieświadomy odgrywają konkretne role rodzinne, role psychologiczne, pojmowane przez pryzmat dynamiki funkcjonowania całego systemu - interakcji pomiędzy jego członkami, cyrkularności zachowań, sprzężeń zwrotnych. Omawiane role psychologiczne można zdefiniować, za Andrzejem Margasińskim, jako „utrwalone mechanizmy adaptacyjne, analogiczne do skryptów życiowych, opisywanych głównie z perspektywy teorii psychoanalitycznej" (A. Margasiński 2018, s. 22).

Najczęściej wzmiankowane w literaturze przedmiotu modele ról w rodzinie alkoholowej są te, wyróżnione przez Claudię Black, Ursulę Lambrou oraz Sharon Wegscheider-Cruse (A. Margasiński 2011, s. 79). Z mojej perspektywy najbardziej rozbudowany jest model ostatniej autorki do którego często odwołują się także inni badacze. W konsekwencji chciałabym przede wszystkim skoncentrować się na przybliżeniu jego charakterystyki w swojej pracy, uzupełniając go także o dwie role wystosowane przez innych badaczy: Ułatwiacza oraz Żelaznego dziecka.

Wspomniana autorka wychodzi z założenia, że każdy członek systemu alkoholowego „skrywa prawdziwe uczucia pod wzorcem sztucznych zachowań, pełniąc w dramacie drugoplanowe role, będące obietnicą jakiejś nagrody w systemie, który daje tak mało" (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 81). W zachowaniach dzieci wyrażane są „fałszywe" emocje, które pozostają w opozycji do tych prawdziwych - skrywanych. Wspomniane zachowania są wypadkową roli (najczęściej kilku ról z dominacją jednej) odgrywanej przez dziecko z rodziny alkoholowej. Sharon Wegsheider-Cruse wymienia ich pięć rodzajów: Wspólnik, Bohater rodzinny, Kozioł ofiarny, Zagubione dziecko oraz Maskotka[105]. Im dłużej jednostka odgrywa daną rolę, tym silniej się z nią identyfikuje, co w konsekwencji prowadzi do funkcjonowania wyłącznie w konfiguracji danej roli/ danych ról, a nie w zgodzie ze swoimi rzeczywistymi emocjami (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 84).

[105] Sharon Wegscheider-Cruse wskazuje, że wyróżnione przez nią role, które są odgrywane przez jednostki funkcjonujące w systemie alkoholowym, są zachowaniami podświadomymi, których odgrywanie ma na celu przetrwanie w destrukcyjnym środowisku, jakim jest rodzina alkoholowa. Z kolei podział ról dokonuje się ze względu na pozycję zajmowaną w rodzinie (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 81-82). Należy także wspomnieć, że mimo nadawania im w opisie płciowości, jest to zabieg wynikający tylko i wyłącznie z ich nazewnictwa, ponieważ na przykład Kozłem ofiarnym może być zarówno dziewczynka, jak i chłopiec.

Wspólnik jest osobą najbliżej, w płaszczyźnie emocjonalnej, związaną z alkoholikiem. Zazwyczaj jest nią partner uzależnionego, jednak w przypadku jego śmierci może przejąć taką rolę inna, bliska mu osoba, np. matka, sąsiad, przyjaciel itd. (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 87-88). To postać, której głównym celem jest ochrona własnego Ja oraz Ja systemu alkoholowego. Pełnienie tej roli przynosi mu krótkoterminowe zyski: podnosi poczucie zarówno odpowiedzialności (często przeobrażając się w nadodpowiedzialność), jak również własnej wartości (K. Gąsior 2012, s. 75).

Za wypełnianie swojej roli, płaci bardzo wysoką cenę. Nieustannie narażony jest na ataki ze strony alkoholika, które naruszają jego poczucie własnej wartości. Uzależniony, będąc „sterowany" mechanizmami uzależnienia, projektuje nienawiść i poczucie winy na partnera. W rezultacie ciągłej krytyki i przemocy psychicznej wobec Wspólnika, on sam zaczyna czuć się winny całej sytuacji. Nieustanny stres, któremu jest poddawany, powoduje, że jego potencjał osobisty, jak określiła Sharon Wegscheider-Cruse, zostaje „pochłonięty" (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 91-92).

Autorka, opisując każdą z ról, wskazuje sześć kategorii ich potencjałów osobistych: fizyczny, emocjonalny, umysłowy, społeczny, duchowy oraz wolicjonalny. W przypadku Wspólnika nadmierny oraz przewlekły stres, któremu jest poddawany, powoduje, że jego potencjał fizyczny generuje występowanie różnych dolegliwości natury somatycznej oraz psychicznej. Narażony jest on na pojawienie się całego szeregu chorób psychosomatycznych (K. Gąsior 2012, s. 76). Sytuacja, w jakiej się znajduje powoduje, że zaczyna on zaniedbywać się fizycznie, ponieważ dbanie o wygląd w zastałej sytuacji traci na ważności (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 93).

Dominującym uczuciem, które pojawia się u Wspólnika, jest uczucie złości - zostaje ono tłumione i ukrywane, ponieważ partner osoby uzależnionej zdaje sobie sprawę, że jego uzewnętrznienie nie pomoże w zaistniałej sytuacji, a może ją tylko pogorszyć (doprowadzić do gniewu osoby uzależnionej i zastosowania przez nią przemocy fizycznej bądź psychicznej). Kolejnym dominującym uczuciem, które pojawia się u Wspólnika, ale także u pozostałych członków systemu alkoholowego, jest lęk. Wiąże się on zarówno z uzależnieniem chorego, jak również nierzadko z percepcją niepewnej przyszłości - czy środki finansowe wystarczą, czy nic się nikomu nie stanie itp. W konsekwencji Wspólnik wkłada wiele energii i sił w to, by zarówno ukrywać swoją złość, jak również radzić sobie z lękiem oraz często z pogarszającym stanem zdrowia (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 94).

W płaszczyźnie możliwości umysłowych Wspólnika zauważa się początkowy wzrost samodzielności, jak również odpowiedzialności. Jednak z biegiem czasu i pogłębiającego się

uzależnienia alkoholika, dochodzi do zawężenia sposobów myślenia, jak również realnej percepcji zaistniałej sytuacji (K. Gąsior 2012, s. 75). W konsekwencji, jak podaje Sharon Wegscheider-Cruse, partner uzależnionego „nigdy nie wprowadza do komputera swego umysłu prawdziwych danych" (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 95). Oznacza to, że na podstawie zniekształconych danych wyciąga fałszywe wnioski, a w konsekwencji pojawia się u niego objaw, który jest charakterystycznym objawem alkoholizmu - iluzje (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 95).

Relacje społeczne Wspólnika zostają znacznie ograniczone, co jest konsekwencją częstego przysparzania wstydu przez uzależnionego przy przyjaciołach i znajomych. Kontakt z osobami spoza systemu alkoholowego bywa ograniczany do koniecznego minimum, co prowadzi do zamknięcia granic zewnętrznych rodziny (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 95).

Tym, co staje się jednym z kluczowych celów Wspólnika, jest przetrwanie. W wyniku pojawiającej się coraz bardziej rzeczywistej obawy przed możliwością utraty sił psychicznych oraz fizycznych, Wspólnik zwraca się do Siły Wyższej po pomoc i wsparcie. Wówczas istnieją dwie możliwości: albo Wspólnik przyjmie oferowaną pomoc z zewnątrz, co może okazać się krokiem zwrotnym w jego funkcjonowaniu i funkcjonowaniu całego systemu alkoholowego, albo odda się swojej wierze, biernie czekając, aż sytuacja ulegnie zmianie (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 95-96).

Potencjał wolincjonalny Wspólnika jest znacznie zaburzony. Partner zaczyna kompensować poczucie bezsilności, próbując kontrolować alkoholika - wylewając alkohol, zabierając pieniądze, by nie miał możliwości kupienia alkoholu itp. W rezultacie nie skupia się na swoich przeżyciach, własnej emocjonalności, równocześnie nie zdając sobie sprawy z tego, że jego próba kontroli i tak nie odniesie zamierzonych rezultatów, wręcz przeciwnie - podtrzymuje istnienie obserwowalnych zachowań regulacyjnych umożliwiających trwanie systemowi alkoholowemu (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 96).

Mówiąc o rodzinie alkoholowej, konieczne jest uwzględnienie dzieci, które także mają do odegrania swoje role i pełnią niebagatelną funkcję w systemie alkoholowym (B. T. Woronowicz 2001, s. 122). O pierwszym i najstarszym dziecku zazwyczaj mówi się, że jest **Bohaterem**[106] rodzinnym. Jego głównym zadaniem jest dostarczanie rodzinie poczucia

[106] Opisując charakterystykę funkcjonowania Bohatera rodzinnego, należałoby nawiązać do zjawiska parentyfikacji. **Parentyfikacja** jest odwróceniem ról w rodzinie pomiędzy rodzicami a dziećmi, czyli najogólniej rzecz ujmując, przejęciem przez dzieci roli rodziców, którzy najczęściej są niewydolni wychowawczo. Można spotkać dwie jej formy: zdrową i destrukcyjną. W przypadku omawianego zagadnienia mamy do czynienia z **destrukcyjną parentyfikacją**, czyli taką, która nie sprzyja rozwojowi dziecka, a wręcz przeciwnie, zaburza go. Konsekwencją parentyfikacji mogą być: aleksytymia, depresja, zahamowanie procesu separacji- indywiduacji, somatyzacja i zaburzenia psychosomatyczne oraz zaburzenia funkcjonowania cielesnego (K. Schier 2015). Niemal

wartości, a realizuje je poprzez sukcesy i osiągnięcia, jakich dokonuje. Zadania przez niego podejmowane mają na celu stabilizację układu rodzinnego (K. Gąsior 2012, s. 76).

Bohater rodzinny jest zazwyczaj uzdolniony w płaszczyźnie sportowej, w związku z czym rozwija tę część własnego potencjału kosztem rozwoju innych możliwości. Jeśli zaś Bohater ukierunkowuje swoją uwagę na rozwijanie zdolności intelektualnych, często robi to kosztem aktywności fizycznej. W związku z tym jego funkcjonowanie zazwyczaj charakteryzuje się skrajnością i perfekcjonizmem. Z powodu doświadczanego stresu jest podatny na zachorowania, zwłaszcza psychosomatyczne, jak również uzależnienie od środków uspokajających (K. Gąsior 2012, s. 76; S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 105).

W płaszczyźnie emocjonalnej Bohater rodzinny zdaje sobie sprawę, że mimo uzyskiwanych sukcesów, nie będzie w stanie uleczyć bólu rodziny. W rezultacie częstego obwiniania go przez Wspólnika i uzależnionego, Bohater czuje się nadmiernie odpowiedzialny za zaistniałą sytuację, a jego rodzice czerpią z tego korzyści. Dominującym uczuciem jest, podobnie jak w przypadku Wspólnika, złość, która nie może zostać uzewnętrzniona - jest nieustannie ukrywana w podświadomości (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 105-106).

W konsekwencji wyżej wskazanych oczekiwań wobec Bohatera odczuwa on ciągły przymus bycia lepszym, co z biegiem czasu zostaje zinternalizowane, a jego perfekcjonizm się pogłębia. Jak podaje Krzysztof Gąsior: „intelektualnie dziecko rozwija się, lecz mądrość (umysł) ze względu na rodzinny system zaprzeczeń nie rozwija się proporcjonalnie do jego możliwości" (K. Gąsior 2012, s. 76).

Bohater zazwyczaj jest postacią popularną oraz lubianą przez rówieśników, jednak mimo tego czuje się osamotniony, ponieważ prezentuje wysokie wymagania względem doboru przyjaciół, a dystans, jaki zachowuje w kontaktach społecznych, wzmaga jedynie jego poczucie samotności (K. Gąsior 2012, s. 76; S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 106).

Zaabsorbowany jest tym, by choć na chwilę odwrócić uwagę rodziny od problemu alkoholowego oraz zwiększyć jej poczucie własnej wartości. W rezultacie nie koncentruje się na swoich rzeczywistych potrzebach oraz pragnieniach, które są przez niego marginalizowane. Jest to jednak rola, której nie wybrał sam - została narzucona z zewnątrz w celu utrzymania homeostazy systemu alkoholowego (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 107-108).

Bohater rodzinny wkomponował swoje funkcjonowanie w diadę małżeńską, tworząc z nim triadę, której członkowie dokładnie wiedzą, w jaki sposób mają prosperować, znają granice własnego postępowania. Gdy na świecie pojawia się drugie dziecko, musi ono zająć miejsce

każde dziecko alkoholika doświadczyło co najmniej jednej z wymienionych konsekwencji parentyfikacji, jednak jej objawy są najbardziej widoczne w funkcjonowaniu Bohatera rodzinnego.

poza już sprawnie funkcjonującym trójkątem, skoro rola Bohatera rodzinnego jest już zajęta, a podejmowane próby tożsamego funkcjonowania nie przynoszą mu (drugiemu dziecku) gratyfikacji. Z biegiem czasu **Kozioł ofiarny**, bo taki przydomek został mu nadany przez Sharon Wegscheider-Cruse, zaczyna separować się od systemu rodzinnego, znajdując oparcie w rówieśnikach, przy których może zaspokoić potrzebę przynależności. Jego funkcjonowanie opiera się w dużej mierze na podejmowanych próbach zwrócenia na siebie uwagi - skoro nie może tego osiągnąć, funkcjonując poprawnie, zwraca na siebie uwagę poprzez nieustanne sprawianie problemów rodzinie (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 113-114).

Tym, co zagraża Kozłom ofiarnym niezależnie od płci, jest uzależnienie od substancji chemicznych (niekoniecznie wyłącznie od alkoholu). W przypadku dziewcząt - wczesne macierzyństwo jako konsekwencja silnej potrzeby bliskości i miłości, której nie zaznały w domu (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 114-116).

Odwołując się do potencjału fizycznego, należy wskazać, że podejmując zachowania ryzykowne oraz przestępcze, często doświadcza on obrażeń cielesnych. Nierzadko dochodzi do zaburzeń rozwoju w tej płaszczyźnie, a nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych wiąże się z wypadkami oraz możliwością rozwoju uzależnienia (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 117-118; K. Gąsior 2012, s. 77).

U Kozła ofiarnego, jak również u pozostałych domowników, dominuje złość wobec wszystkich członków systemu alkoholowego, w tym także wobec samego siebie. Uczucia te mogą przerodzić się w zachowania autodestrukcyjne oraz destrukcyjne względem innych osób podtrzymujących z nim relacje interpersonalne (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 118; K. Gąsior 2012, s. 77; M. Ryś 2011, s. 99).

Jak napisałam powyżej, Kozioł ofiarny zazwyczaj wcześnie dokonuje integracji z osobami spoza jego systemu rodzinnego. Szuka u swoich rówieśników akceptacji oraz miłości, mimo że sam ma trudności w obdarowaniu tych osób takimi uczuciami. W rezultacie jego kontakty społeczne są dość ograniczone oraz stosunkowo płytkie (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 119; K. Gąsior 2012, s. 77).

Mając na względzie, że rola jednostki „uczonej" została już wcześniej przejęta przez Bohatera rodzinnego, Kozioł ofiarny rezygnuje z pokładania energii i czasu na naukę. Jeśli jest on mimo to zdolny, swoje możliwości umysłowe będzie raczej wykorzystywał, by stać się przywódcą grupy rówieśniczej bądź będzie przejawiał takie zachowania, które pociągną go do odpowiedzialności prawnej (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 119).

Mimo że behawioralnie Kozioł ofiarny nie funkcjonuje w sposób aprobowany społecznie i można dość szybko i niesprawiedliwie określić go „złym dzieckiem", to taki

sposób funkcjonowania nie jest bezpośrednio determinowany jego wolą. Jego postępowanie wynika z przyjętej roli, która jest potrzebna, by system alkoholowy mógł dalej funkcjonować (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 119-120).

Kozioł ofiarny jeśli zdecydowałby się zrezygnować z pełnienia swojej roli, zyskuje więcej aniżeli Bohater rodzinny - pozbędzie się kłopotów. „Jeśli uświadomi sobie, że odgrywa rolę, a jego zachowanie wynika z przymusu, może zacząć przekształcać energię i odwagę, które wkładał w samozniszczenie, w odważne i skuteczne troszczenie się o siebie" (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 122).

W momencie pojawienia się trzeciego dziecka w rodzinie alkoholowej, system funkcjonuje bardzo dynamicznie, a jego członkowie stają się coraz bardziej uwikłani w zaistniałą sytuację. **Zagubione dziecko**, bo tak określa się trzeciego wychowanka rodziny alkoholowej, czuje się, jak jego przydomek wskazuje - zagubione. Oznacza to, że woli ono izolować się od członków rodziny zarówno fizycznie, jak również emocjonalnie. Rodzina odczuwa ulgę, ponieważ zagubione dziecko nie wymaga poświęcania mu uwagi (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 119; K. Gąsior 2012, s. 77).

Izolowanie się Zagubionego dziecka wpływa istotnie na jego możliwości emocjonalne. Bardzo często odczuwa ono pustkę oraz przerażenie, a w konsekwencji swojej alienacji jest pozbawione poczucia przynależności oraz akceptacji własnej wartości. W rezultacie unika wszelkich relacji międzyludzkich (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 123-131; K. Gąsior 2012, s. 78).

Rozwój osobowości Zagubionego dziecka niemal zostaje zahamowany, czego konsekwencją jest między innymi zawężenie doświadczania bliskości oraz intymności w relacjach z innymi ludźmi (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 123-131; K. Gąsior 2012, s. 78).

W aspekcie rozwoju umysłowego, jeśli rodzina akceptuje i popiera twórczość, wówczas Zagubione dziecko nierzadko ma możliwość rozwoju w tej płaszczyźnie i udzielania się w takich zajęciach, w których może wykazać się własną kreatywnością (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 123-131; K. Gąsior 2012, s. 78).

W aspekcie zdrowia fizycznego, Zagubione dziecko często cierpi na zaburzenia psychosomatyczne, co wynika z pasywnych wzorców zachowań, które mają wywołać rozładowanie negatywnych uczuć (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 123-131; K. Gąsior 2012, s. 78).

Ostatnie dziecko w rodzinie alkoholowej, jeśli się pojawia, określa się mianem **Maskotki**. Odczuwając zdezorientowanie w zaistniałej sytuacji rodzinnej, które jest spowodowane dopływającymi do niej sprzecznymi sygnałami, odczuwa ona nieuzasadniony

strach o własne zdrowie psychiczne, co z kolei zwrotnie potęguje istniejący od dawna lęk w rodzinie. W konsekwencji narastające napięcie psychiczne stara się rozładować w spontanicznych zachowaniach, które przyjmują formę błazeństw (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 133-144; K. Gąsior 2012, s. 78).

Maskotka, w większym bądź mniejszym stopniu, zdaje sobie sprawę z tego, że zdrowie psychiczne rodziny oraz jej jedność są zagrożone. Mimo częstego bycia w centrum uwagi, co spowodowane jest wspomnianymi już spontanicznymi zachowaniami, Maskotka nierzadko czuje się bardzo samotna (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 133-144; K. Gąsior 2012, s. 78).

W relacjach interpersonalnych „dobrze manipuluje sytuacjami oraz osiąga zamierzone cele" (K. Gąsior 2012, s. 78). Dzięki zwróceniu na siebie uwagi odwraca uwagę od trudności, z jakimi boryka się rodzina. Mimo posiadanych znacznych umiejętności społecznych, często są one niezauważalne poprzez zachowania, które nacechowane są błazeństwem (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 133-144; K. Gąsior 2012, s. 78).

Istnieje ryzyko zahamowania rozwoju możliwości intelektualnych Maskotki. Jak wskazuje Sharon Wegscheider- Cruse, jeśli nie zmieni ona swojego sposobu reagowania, wówczas najprawdopodobniej jej braki wiedzy oraz umiejętności i kompetencji społecznych zostaną pogłębione (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 133-144; K. Gąsior 2012, s. 78).

Maskotka nierzadko uważana jest za dziecko, które odznacza się zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, co spowodowane jest jej nadruchliwością i nadmierną aktywnością fizyczną (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 123-131; K. Gąsior 2012, s. 79).

Rolą niewyróżnioną przez Sharon Wegscheider-Cruse, a dodaną i scharakteryzowaną przez A. Sztajner, jest rola **Ułatwiacza**, która, według mnie, jest odwzorowaniem roli Wspólnika. Różnica polega na tym, że rola ta jest reprezentowana nie przez żonę uzależnionego, ale przez jedno z jego dzieci. Ułatwiacz troszczy się o alkoholika w taki sposób, że swoim postępowaniem uniemożliwia mu podjęcie decyzji o zaprzestaniu picia. Dziecko odgrywające tę rolę jest przekonane, że w gestii jego odpowiedzialności jest podtrzymywanie choroby alkoholowej uzależnionego. Robi to w sposób nieświadomy, np. poprzez chronienie chorego przed skutkami jego nałogu, przynoszenie mu alkoholu itp. (A. Sztajner 1994, s. 6).

Oprócz powyższej kategoryzacji ról przyjmowanych przez dzieci wychowywane w systemie alkoholowym wprowadzono jeszcze jedną rolę - rolę **Żelaznego dziecka** będącego jednostką odporną na stres i nieponoszącą zauważalnych szkód emocjonalnych. Problematyka dzieci odpornych na stres coraz częściej staje się przedmiotem badań dynamicznego nurtu *resilience*. Podstawowym kryterium różnicującym Żelazne dziecko z Bohaterem rodzinnym będzie zakres dysfunkcji. Osoba reprezentująca pierwszą ze wskazanych ról (Żelazne dziecko)

nie będzie wykazywała widocznych deficytów psychicznych, z kolei Bohater rodzinny w wielu aspektach nie funkcjonuje poprawnie - bywa kompulsywny oraz ma duże trudności w modyfikacji wyuczonych schematów postępowania (A. Margasiński 2018, s. 21-22).

Maria Ryś oraz Elżbieta Wódz przeprowadziły badania odnoszące się do wpływu, jakie miało podejmowanie przez dzieci z rodzin alkoholowych określonych ról psychologicznych na ich strukturę potrzeb w życiu dorosłym[107]. Jak wskazują autorki, najczęściej podejmowaną rolą przez przebadane kobiety była rola Zagubionego dziecka. Na drugim miejscu plasowały się role Bohatera rodzinnego, jak również rola Kozła ofiarnego. Rola Ułatwiacza występowała najrzadziej wśród badanych kobiet. Z wniosków badań wynika, że specyfika podejmowanej roli w dzieciństwie przez jednostkę koreluje ze specyfiką struktury potrzeb tej osoby w życiu dorosłym:

a) dorosłe Zagubione dzieci charakteryzuje podwyższona potrzeba poniżania siebie, są nadmiernie samokrytyczne oraz przejawiają poczucie winy i nieporadność w relacjach społecznych; kobiety przyjmujące tę rolę mają niską potrzebę autonomii, jak również agresywności;
b) dorosłe Maskotki są osobami samowystarczalnymi oraz kreatywnymi w myśleniu i spostrzeganiu; kobiety przyjmujące tę rolę unikają bliskości, bazującej na szczerym uzewnętrznianiu własnych przeżyć;
c) dorosłe Ułatwiaczki odczuwają silne popędy, a ich uwaga łatwo ulega rozproszeniu; akceptują zarówno siebie, jak również inne osoby, z którymi podejmują relacje;
d) dorosłe Kozły ofiarne wykazują wysoką potrzebę agresywności, jak również niską potrzebę wsparcia oraz niski poziom podporządkowywania się; mają jednak tendencję do skupiania na sobie uwagi innych osób;
e) dorosłe Bohaterki rodzinne chciałyby wykazywać się większą niezależnością myślenia oraz działania (M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 117-118).

Problematyka związana z rolami przyjmowanymi przez dzieci z rodziny alkoholowej wciąż budzi wątpliwości, szczególnie w polskich realiach. Wynika to między innymi z faktu braku odpowiednich narzędzi pomiarowych, bowiem żaden z zagranicznych kwestionariuszy nie został adaptowany do polskich warunków. W jakimś stopniu lukę tę może wypełnić kwestionariusz stworzony przez Andrzeja Margasińskiego w latach 2013-2016 nazwany Kwestionariuszem Ról Rodzinnych (A. Margasiński 2018, s. 21-22).

[107]Zob. także: Ryś M., Wódz E. (2003). *Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci alkoholików* [w:] „*Studia Psychologica*" nr 4.

Przyjmowanie określonych ról znacznie utrudnia, a nawet uniemożliwia dziecku rozwój prawdziwych potrzeb, kompetencji i umiejętności, ponieważ ich funkcją jest z jednej strony ochrona przed tym, co dzieje się w systemie rodzinnym (konkretne sposoby radzenia sobie z zaistniałą sytuacją), a z drugiej strony podtrzymywanie systemu alkoholowego. Na uwagę zasługuje fakt, że często towarzyszą im one w ciągu całego życia, i nierzadko są źródłem ich problemów. W życiu dorosłym destrukcyjne schematy funkcjonowania, wynikające z przyjętej roli (z domieszką cech pozostałych ról), nie spełniają już swojej pierwotnej funkcji i mogą być dezadaptacyjne w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików.

5.2.2. Wczesny okres rozwoju dziecka w rodzinie alkoholowej na bazie teorii przywiązania Johna Bowlby'ego

Zarówno teoretycy psychiatrii, jak również psychologowie są zgodni, że nieprawidłowości, które występują u dzieci i młodzieży związane z obszarem zdrowia psychicznego, korelują z zaburzeniami prawidłowo przebiegającego funkcjonowania oraz rozwoju danej jednostki (K. Lenkiewicz, T. Srebnicki, A. Bryńska 2016, s. 622). Istnieją hipotezy mówiące o tym, że niektóre nieprawidłowości psychiczne u jednostki wynikają już z jej okresu prenatalnego[108]. W konsekwencji na całokształt zachowania człowieka należy spojrzeć holistycznie z uwzględnieniem jego funkcjonowania w różnych płaszczyznach, jak również w różnych etapach życia.

Istotny wkład w wiedzę, w tym zakresie, dokonał John Bowlby, twórca teorii przywiązania wywodzącej się z etologii, teorii relacji z obiektem[109], klasycznej psychoanalizy, teorii systemów, jak również psychologii poznawczej i rozwojowej (M. Marszał 2015, s. 12). Autor wskazywał, że „każdy zatem opis w duchu teorii tradycyjnej musi obfitować w terminologię odnoszącą się do relacji z obiektem" (J. Bowlby 2007, s. 209). Teoria przywiązania jest jedną z kluczowych teorii ukazujących ważność relacji dziecka z figurą przywiązania w jego najwcześniejszym okresie życia. Współcześnie przyjmuje się, że jest ona „pierwszą naukową próbą zastosowania modelu etologicznego do wyjaśnienia problemów rozwoju psychologicznego człowieka, szczególnie w pierwszych latach życia" (P. Marchwick 2006, s. 365).

[108] Należy także wspomnieć np. o hipotezie warunkowania autyzmu u dziecka, gdzie podkreśla się rolę czynników oddziałujących na nie w okresie prenatalnym, które mogą mieć niewymierny wpływ na wystąpienie tego zaburzenia (H. Langaue-Lewowicka, Z. Rudkowski, K. Pawlas 2016, s. 21).
[109] W literaturze przedmiotu teoria przywiązania przedstawiana jest jako odgałęzienie teorii relacji z obiektem, o czym wspominał sam John Bowlby (M. Marszał 2015, s. 12).

Nawiązując do tego, że teoria przywiązania wyrosła na bazie teorii relacji z obiektem, za Moniką Marszał (2015, s. 13-15) można wskazać siedem głównych cech łączących obydwa podejścia teoretyczne i charakteryzujące je.

1. Jakość relacji dziecka z matką[110] (figurą przywiązania) będzie w dużej mierze rzutowała na jakość wchodzenia w relacje tego dziecka w dorosłości przede wszystkim z partnerami intymnymi. Relacja z pierwszym opiekunem będzie kluczowa dla dalszego rozwoju jednostki. Przy czym należy zwrócić uwagę, że w teorii przywiązania wskazuje się, że dziecko dąży nie tyle do szukania samego obiektu przywiązania, ile do przeżywania stanu fizycznego, jaki może uzyskać w relacji z nim. Matka oraz niemowlę pozostają ze sobą we wzajemnej interakcji - zarówno matka oddziałuje na dziecko, jak również dziecko oddziałuje zwrotnie na matkę (M. Marszał 2015, s. 13). W odniesieniu do rodziny alkoholowej należy uwzględnić także rolę samego uzależnionego. Mechanizmy uzależnienia rządzące funkcjonowaniem alkoholika będą w sposób znaczący wpływały na jakość funkcjonowania psychicznego matki. Często żona alkoholika jest w stanie permanentnego napięcia psychicznego, co generuje trudności w konstruktywnym zaangażowaniu się w opiekę nad dzieckiem (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 257). Przykładowe badania nad związkiem pomiędzy przywiązaniem matek do swoich partnerów a jakością wychowywania dziecka w pierwszym roku jego życia dostarczyli Scher oraz Mayseless. Badacze odkryli, że „matki, które obawiały się porzucenia ze strony swoich partnerów, przejawiały bardziej ograniczającą postawę wobec dziecka, natomiast matki, które obawiały się bliskich i zależnych kontaktów ze swoimi partnerami, wykazywały wyższy poziom macierzyńskiego niepokoju o dziecko" (M. Plopa 2008, s. 18).W związku z powyższym, odwołując się do przywiązania dzieci wychowujących się w rodzinie alkoholowej, należy uwzględnić cyrkularność relacji w diadzie mąż (alkoholik) - żona, a dopiero później: żona - dziecko.
2. Uznanie dla przyczynowości psychologicznej, czyli uświadamiane uwewnętrznione reprezentacje realnych, wczesnodziecięcych doświadczeń, nawiązujące do ich rozumienia, organizowania oraz przeżywania. W literaturze przedmiotu wskazuje

[110] Pisząc o figurze przywiązania, będę odnosiła się do postaci matki, mając świadomość, że figurą przywiązania może być także inny członek rodziny bądź osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem niebędąca jej biologicznym opiekunem. W tym opracowaniu zostaną przedstawione najistotniejsze wątki odnoszące się do tematyki przywiązania w kontekście wychowanków rodziny alkoholowej. W dalszych rozdziałach pracy zwrócę uwagę na jakość przywiązania przedstawiając relacje dorosłych dzieci alkoholików z partnerami.

się, że przyczyną psychopatologii jest brak zdolności jednostki do opracowania doświadczeń trudnych, a nawet traumatyzujących, mający swoje źródło w zaburzeniu zdolności do mentalizacji[111].

3. Nieświadome procesy psychologiczne stanowią podstawę do rozumienia tego, jak jednostka funkcjonuje. To one wpływają na zachowanie, zdolność do regulacji emocjonalnej, jak również funkcjonowanie psychospołeczne. W teorii przywiązania „formę nieświadomych struktur wewnętrznych, determinujących funkcjonowanie, pełnią wewnętrzne modele operacyjne przywiązania" (M. Marszał 2015, s. 14).
4. Relacje z innymi osobami ulegają uwewnętrznieniu, przybierając postać reprezentacji. Doświadczenia wynikające z interakcji z bliskimi osobami zostają przez jednostkę uwewnętrznione i agregowane w jej umyśle, tworząc struktury psychiczne, które stanowią podstawę dla tworzenia się obrazu siebie, jak również oczekiwań wobec podejmowanych w przyszłości relacji interpersonalnych i funkcjonowania emocjonalnego.
5. Istnienie i znaczenie wewnętrznego konfliktu pomiędzy przekonaniami, motywacjami i emocjami, który może stanowić przyczynę braku bezpieczeństwa oraz odczuwanego dyskomfortu. Wspomniany konflikt stanowi wypadkową niekorzystnych warunków zewnętrznych - opieki rodzicielskiej. Może on obejmować rozbieżność między potrzebą jednostki do bliskości a odpowiedzią na tę potrzebę figury przywiązania. Wewnętrzny konflikt jest zarówno katalizatorem zmian zachodzących w normatywnym rozwoju jednostki, jak również jedną z przyczyn psychopatologii.
6. Istnienie mechanizmów obronnych, które w teorii przywiązania powstają w celu radzenia sobie z konfliktem wynikającym z rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami dziecka wobec opieki ze strony jego opiekuna a brakiem jego responsywności bądź nieadekwatną odpowiedzią. John Bowlby wskazywał na dwa podstawowe mechanizmy obronne: obronne wykluczenie mające za zadanie wykluczenie ze świadomości negatywnych doświadczeń za pośrednictwem kodowania informacji w dwóch odmiennych systemach pamięci, izolację systemów, która charakterystyką przypomina dysocjację.
7. Perspektywa rozwojowa - w teorii przywiązania szczególną wagę, jak zostało już wspomniane, przywiązuje się do wczesnych doświadczeń jednostki, które w

[111] Problematyka mentalizacji zostanie szerzej omówiona w dalszej części pracy.

niebagatelnym stopniu będą rzutować na jej późniejszy poziom przystosowania społecznego oraz integrację osobowości. Istotny jest pseudoterminizm w wyjaśnianiu przyczyn zachowania osoby i jej postrzeganie w sposób holistyczny, z uwzględnieniem wielu różnych czynników mogących rzutować na sposób jej funkcjonowania, nawiązywania relacji interpersonalnych i intymnych. W teorii przywiązania przyjmuje się systemową perspektywę transakcyjną, zgodnie z którą wrodzone czynniki (np. temperament) modyfikują wpływ innych czynników na funkcjonowanie jednostki, takich jak np. wrażliwości rodzicielskiej (M. Marszał 2015, s. 13-15).

Powyżej zostały pokrótce przytoczone najistotniejsze cechy teorii przywiązania, które równocześnie są wspólne z teorią relacji z obiektem. To, na co szczególnie należy zwrócić uwagę, to samo przywiązanie, które jest bazowe dla zrozumienia przytaczanej koncepcji teoretycznej. John Bowlby mówi o tzw. **zachowaniu przywiązaniowym**, w literaturze przedmiotu zamiennie określanym także terminem „więź przywiązania", które definiowane jest jako „poszukiwanie i utrzymywanie bliskości z inną jednostką", szczególnie w sytuacjach stresujących lub zagrożenia (J. Bowlby 2007, s. 227; P. Marchwicki 2006, s. 369). Tak więc przywiązanie „jest systemem zachowań mającym swą własną organizację wewnętrzną i służącym swojej funkcji" (J. Bowlby 2007, s. 263). Omawiana tendencja występuje niezależnie od chwilowej sytuacji i charakteryzuje ją to, że wraz z upływem czasu ulega powolnym zmianom. Niezależnie od tego, czy figura przywiązania znajduje się w danym momencie blisko dziecka, czy nie, będzie ono dążyło do utrzymywania bliskości z nią.

Wśród szeregu zachowań związanych z przywiązaniem, które uaktywniane są przez niemowlę/ dziecko szczególnie w sytuacjach deprywacji psychofizjologicznej, stresu, poczucia zagrożenia, zaliczyć można przede wszystkim płacz bądź krzyk. Ich celem jest przywołanie figury przywiązania, która miałaby przywrócić jego stan równowagi wewnętrznej (P. Marchwicki 2006, s. 369). John Bowlby wskazał, nawiązując do analizy zachowań zwierząt, na bazie których opracował wnioski związane z przywiązaniem u ludzi, że „funkcją zachowania przywiązaniowego jest ochrona przed drapieżnikami" (J. Bowlby 2007, s. 258), a „zachowania te dostarczają niemowlęciu sposobności uczenia się od matki różnych czynności niezbędnych do przetrwania" (J. Bowlby 2007, s. 258).

Wspomniany repertuar zachowań tworzy system przywiązania, nawiązujący do: wewnętrznych struktur psychologicznych postulowanych jako podstawa dla istnienia trwałej więzi przywiązania oraz do epizodycznego pojawiania się oraz zanikania zachowań wiążących się z przywiązaniem. Relacja z figurą przywiązania, charakteryzująca się określonymi

granicami odległości lub dostępności, które są stymulowane przez procesy behawioralne jednostki, będzie regulowała specyfikę omawianego systemu przywiązania koordynowanego przez struktury wewnętrzne. To one (struktury wewnętrzne), określane również jako wewnętrzne modele operacyjne przywiązania, „kodyfikują model zachowań związanych z przywiązaniem (tzw. **style przywiązania**), które dana jednostka podejmuje wobec konkretnej postaci przywiązania" (P. Marchwicki 2006, s. 370). W rezultacie kontaktu dziecka z matką, pomiędzy którymi „panuje dynamiczna równowaga" (J. Bowlby 2007, s. 269), uczy się ono sposobu zaspokajania swoich potrzeb fizjologicznych, dostarczane mu są informacje o środowisku zewnętrznym, ale przede wszystkim otrzymuje ono informacje o sobie samym. Figura przywiązania, jej responsywność na sygnały dziecka, gotowość do opieki nad nim, umiejętność nawiązywania z nim relacji, pełnią niebagatelną rolę w jego rozwoju psychospołecznym. Istnieje więc ścisła zależność pomiędzy funkcjonowaniem dziecka a responsywnością figury przywiązania w tworzeniu określonego stylu przywiązania, a ten z kolei będzie bazowy dla specyfiki wchodzenia przez jednostkę w przyszłości w relacje z innymi ludźmi.

Wyróżnia się cztery style przywiązania[112]. W przypadku dzieci wychowujących się w rodzinie alkoholowej, najczęściej wytwarzane zostają pozabezpieczne style (trzy ostatnie z niżej scharakteryzowanych).

Styl bezpieczny charakteryzuje dzieci, które mają poczucie własnej wartości, potrafią w sposób adekwatny oceniać zewnętrzne sytuacje oraz zdarzenia i nadawać im odpowiednią istotność. Innych ludzi postrzegają w sposób pozytywny, a w sytuacjach stresujących potrafią poprosić osoby z zewnątrz o pomoc i wsparcie. W kontaktach interpersonalnych nie mają poczucia zagrożenia i są w stanie kontrolować własne stany emocjonalne. Wykazują swobodną eksplorację otaczającej rzeczywistość, nie odczuwając przy tym lęku, przy równoczesnym chętnym wracaniu do figury przywiązania (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 258; M. Czub 2005, s. 57).

[112] Trzy pierwsze zostały wyodrębnione przez Mary Ainsworth, która na bazie badań własnych dokonała znacznego pogłębienia problematyki teorii przywiązania (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 258). Styl dezorganizujący pojawił się w literaturze przedmiotu w późniejszym okresie. Prezentując ich charakterystykę należy wspomnieć o dwóch kwestiach: zazwyczaj dana jednostka prezentuje różne style przywiązania ze znaczną przewagą jednego z nich. Rzadko zdarza się, by ktoś prezentował swoim zachowaniem wyłącznie jeden ze wzorców. Należy zwrócić uwagę na to, że poszczególne wzorce przywiązania są i mogą być modyfikowane w trakcie życia jednostki, chociażby poprzez relacje z innymi ludźmi, pojawiającymi się znaczącymi osobami bądź poprzez relację psychoterapeutyczną. Niemniej jednak wczesne relacje dziecka z matką będą stanowiły płaszczyznę dla wytworzonego przez niego wzorca przywiązania, która później może, ale nie musi być modyfikowana.

By dziecko było „bezpiecznie przywiązane", matka musi efektywnie regulować jego napięcie emocjonalne, potrafić przywrócić stan równowagi psychofizycznej w momencie, gdy doświadcza ono trudnych emocji. Ponadto powinna okazywać własną dostępność zarówno psychiczną, jak również fizyczną wobec dziecka (w razie konieczności, zawsze przy nim być). By figura przywiązania była zdolna do takich zachowań, musi sama czuć się bezpiecznie i zachować komfort psychiczny.

Styl ambiwalentny charakteryzuje osoby, które są niepewne co do własnej wartości, przejawiają silny lęk przed odrzuceniem oraz rozstaniem. Są przekonane o nieprzewidywalności zdarzeń, które mogą zaistnieć, w konsekwencji nierzadko prezentują postawę podejrzliwą i obronną. W płaszczyźnie emocjonalnej zauważalne jest rozszczepienie stanów emocjonalnych oraz dostosowywanie własnej emocjonalności do warunków zewnętrznych. Zachowania te są konsekwencją nieprzewidywalności zachowań matki w kontakcie z dzieckiem oraz jej skrajnie dychotomicznych postaw względem niego (raz jest opiekuńcza i responsywna, innym razem nie odpowiada na potrzeby niemowlęcia) (M. Czub 2005, s. 57-58; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 258).

Styl unikający jest charakterystyczny dla dzieci, które mają niskie poczucie własnej wartości, negatywnie oceniają rzeczywistość je otaczającą oraz intencje innych ludzi. W konsekwencji jednostki charakteryzujące się przywiązaniem unikowym mają olbrzymie trudności w ekspresji emocjonalnej oraz w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych (M. Czub 2005, s. 57). Unikają kontaktu i bliskości z rodzicem, a innym osobom z otoczenia przypisują negatywne intencje. W relacjach intymnych zaprzeczają potrzebom kontaktu emocjonalnego oraz zależności i chcą być możliwie najbardziej samodzielne. W ocenie własnej są dość surowe, z kolei oceniając innych ludzi, zdają się być pobłażliwe (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 258; E. Mandal, K. Zalewska 2012, s. 77). Takie funkcjonowanie jednostki wynika z braku fizycznej oraz psychicznej dostępności figury przywiązania. Matka przejawia trudności w odczytywaniu sygnałów płynących od dziecka oraz w adekwatnym reagowaniu na nie. Nie zauważa drobnych objawów świadczących o dystresie niemowlęcia, w konsekwencji jest zdolna reagować wyłącznie wówczas, gdy jest ono w stanie silnego pobudzenia psychofizycznego (M. Czub 2005, s. 58-59).

Zdezorganizowany wzorzec przywiązania jest charakterystyczny dla dzieci, które wykazują dezorientację w płaszczyźnie obrazu siebie samych oraz otaczającej je rzeczywistości, którą postrzegają jako niebezpieczną. Prezentują zmienne oraz lękowe artybucje intencji, co powoduje, że często odczuwają silny niepokój oraz lęk. Charakteryzują się labilnością emocjonalną zarówno w pierwszych etapach życia, jak również później, w

dorosłości (M. Czub 2005, s. 57; L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 258). Takie funkcjonowanie wynika często ze skrajnie niespójnego (często potwierdzonego chorobą psychiczną) zachowania opiekuna (M. Czub 2005, s. 59).

W rodzinie z problemem alkoholowym matce, spełniającej równocześnie rolę figury przywiązania, może być trudno stworzyć ze swoim dzieckiem bezpieczny wzorzec przywiązania. Wynika to ze specyfiki funkcjonowania całego systemu alkoholowego - jego chaotyczności, nieprzewidywalności, braku zaspokajania podstawowych potrzeb jego członków, braku prawidłowych wzorców rodzinnych, zaburzonej komunikacji zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz systemu rodzinnego, agresji słownej oraz fizycznej (M. Filipiak, K. Waszyńska 2009, s. 20). Zachowania charakterystyczne dla ambiwalentnego oraz unikowego wzorca zachowania mogą być kompatybilne z zachowaniem żony alkoholika, której funkcjonowanie odzwierciedla niestabilność oraz chaotyczność prosperowania całego systemu alkoholowego. Wspomniane w poprzednim rozdziale przechodzenie z fazy „suchej" w fazę „mokrą" i odwrotnie, trafnie obrazuje skrajność emocjonalną członków rodziny alkoholicznej oraz jej ambiwalentność. Partnerka alkoholika także będzie miała trudności w zachowaniu stabilności emocjonalnej i przejawianiu przewidywalnych reakcji wobec swojego dziecka. W konsekwencji osoba dorastająca w takim systemie może charakteryzować się przywiązaniem ambiwalentnym.

Dzieci oraz młodzież prezentujące pozabezpieczne wzorce przywiązania częściej przejawiają problemy, jak również zaburzenia natury psychicznej (E. Mandal, K. Zalewska 2012). W literaturze przedmiotu wskazuje się, że „pozabezpieczne wzorce przywiązania same w sobie nie są wskaźnikiem zaburzeń, ale stanowią istotny element zwiększający ryzyko psychopatologii w kontekście działania dodatkowych czynników ryzyka" (I. Grzegorzewska 2013, s. 58). W rezultacie jest to grupa, której należy się bliżej przyjrzeć pod kątem wczesnej pomocy w celu zapobiegania powstawaniu bądź pogłębianiu problemów w ich funkcjonowaniu.

Pozabezpieczne style przywiązania mają również wpływ na utrzymywanie się oraz pojawienie określonych mechanizmów przystosowania jednostki, jak również jej stanów intrapsychicznych:

a) deficytów w zakresie regulacji emocji, których konsekwencją może być zahamowanie zdolności do mentalizowania, co zwrotnie może doprowadzić do nierozpoznawania przez jednostkę emocji (ujawnianie w postaci zaburzeń somatycznych) lub znacznej impulsywności;
b) gotowości do reagowania nieprzyjemnymi emocjami;

c) ukształtowania wadliwej motywacji wobec utrzymywania relacji społecznych (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 48).

Badania odnoszące się do problematyki przywiązania w rodzinach borykających się z chorobą alkoholową wciąż są mało liczne, niemniej jednak, przegląd literatury pozwala wnioskować o rosnącym zainteresowaniu tą problematyką w kontekście omawianego systemu rodzinnego.

Większość badań sugeruje negatywny wpływ uzależnienia rodzica od alkoholu na kształtowanie się określonych wzorców przywiązania u jego potomstwa. Przykładem mogą być te, zrealizowane na grupie trzy- i pięciolatków spośród których dzieci wychowywane w rodzinach z problemem alkoholowym częściej ujawniały zdezorganizowany wzorzec przywiązania aniżeli bezpieczny (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 259).

Badania realizowane na grupie dzieci będących w wieku przedszkolnym, szkolnym, jak również w okresie dorastania, których ojcowie albo byli uzależnieni od alkoholu, albo pili w sposób szkodliwy, wykazały częstsze występowanie u nich pozabezpiecznego stylu przywiązania niż w kompatybilnej grupie rozwojowej dzieci, których żaden z rodziców nie borykał się z problemem uzależnienia od alkoholu (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2006, s. 77-96).

Jednak nie wszystkie wyniki badań są tak jednoznaczne, bowiem te, realizowane przez El-Guebaly wykazały, że dorosłe dzieci alkoholików nie różniły się stylem przywiązania w dzieciństwie od grupy kontrolnej (S. Ślaski 2005, s. 41). Na ich podstawie stwierdzono, że związek między uzależnieniem członka rodziny a wykształceniem pozabezpiecznego stylu przywiązania u dziecka nie jest związkiem deterministycznym. Mimo że empirycznie nie zostało to całkowicie zweryfikowane, należy przypuszczać, że w niektórych rodzinach możliwa jest obecność oraz takie zachowania osoby dorosłej (niekoniecznie matki, ale także dziadków/ wujostwa/ sąsiadów itd.), które będą sprzyjały kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji u dziecka. Należy podkreślić, że „dobra opieka nad niemowlęciem przez trzeźwego, wrażliwego na jego potrzeby dorosłego może stanowić istotny zasób kształtujący zdolność dziecka do prawidłowego rozwoju, autonomii i elastyczności w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 51).

Podsumowując, większość dotychczas realizowanych badań sugeruje negatywny i pośredni wpływ uzależnienia członka rodziny na kształtowanie się wzorców przywiązania dziecka. Analiza zarysowanych wyżej danych podkreślających istotność dobrostanu psychicznego matki w kontakcie ze swoim dzieckiem w celu nawiązania z nim bezpiecznego przywiązania wskazuje, że w rodzinie z problemem alkoholowym trudno jest wytworzyć taką

relację, ponieważ alkoholizm partnera „jest w znaczącym stopniu związany z niższą satysfakcją z macierzyństwa, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia u potomstwa pozabezpiecznych wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 149). Będzie to rzutowało na ich szkolne kontakty z rówieśnikami, jak również w relacjach intymnych, ponadto w percepcji samego siebie- w rozpoznawaniu własnych oraz cudzych stanów umysłu, określanych w literaturze przedmiotu mianem mentalizacji.

5.2.3. Mentalizacja w odniesieniu do dzieci alkoholików- zarys teoretyczny[113]

Koncepcja mentalizacji Petera Fonagy'ego nawiązuje do założeń teorii przywiązania, a jej pierwotne opracowanie zostało dokonane w celu wyjaśnienia mechanizmu powstawania zaburzenia osobowości borderline. Pojęcie to funkcjonuje w literaturze przedmiotu od lat siedemdziesiątych XX wieku, odnosząc swoje znaczenie do szeroko opisywanej teorii umysłu (M. Marszał 2015, s. 61).

Wspomniany autor zwraca uwagę na procesualny wymiar mentalizacji, który określa mentalizowaniem. W jednym z artykułów stwierdza: „mentalizacja, albo lepiej mentalizowanie, jest procesem, dzięki któremu rozumiemy siebie oraz innych ludzi dokładnie i dogłębnie w kategoriach subiektywnych stanów oraz procesów umysłowych" (A. Bateman, P. Fonagy 2010, s. 11: tłum. Dorota Dolata). W takim kontekście mentalizacja jest procesem, który nie musi być zwerbalizowany, jak również uświadamiany. Może być aktywizowany automatycznie, ale również podlegać zakłóceniom - czyli posiadać własną dynamikę czasową (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 49; M. Stawicka, D. Górska 2016, s. 43).

Podobnie jak tworzenie określonego stylu przywiązania w relacji figura przywiązania - dziecko, również mentalizacja ujawnia się w kontekście relacji niemowlę - dorosły, ponieważ operacjonalizowana jest „jako refleksyjne działanie powstałe w wyniku transformacji systemu przywiązania na wyższy poziom" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 49). Szczególnie ważne okazują się być relacje dziecka z rodzicem, którego stopień responsywności na sygnały płynące od potomka będzie dla niego (dziecka) zwrotną informacją dotyczącą własnych stanów emocjonalnych. Jest to zatem początek procesu, który odpowiada za regulację

[113] Mentalizacja jest zjawiskiem niezwykle złożonym oraz wielowymiarowym. Jak wskazują Magdalena Stawicka oraz Dominika Górska, jest to konstrukt ujmowany jako „kompetencja rozległa, złożona i wielowymiarowa o skomplikowanym, wieloczynnikowym podłożu i bardzo różnorodnych przejawach (M. Stawicka, D. Górska 2016, s. 49). W ostatnich latach zainteresowanie naukowe tą problematyką znacznie wzrosło. Pojawia się coraz więcej badań, jak również treści teoretycznych wyjaśniających omawianą koncepcję. Moim celem nie jest jednak precyzyjne zgłębienie omawianej tematyki, a jedynie jej zarysowanie w odniesieniu do interesujących mnie wątków: teorii przywiązania i dzieci z rodzin alkoholowych. W konsekwencji, w swojej pracy dokonam jedynie zarysu teoretycznego mentalizacji nie odwołując się do jego zagadnień szczegółowych.

emocji oraz samokontrolę, a zaburzenia w zakresie mentalizacji mogą wiązać się z wczesną traumą, jak również jakością relacji między matką a dzieckiem, generując określone trudności w funkcjonowaniu psychicznym osoby dorosłej (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 49; M. Marszał 2015, s. 61).

W wyniku interakcji figury przywiązania z dzieckiem, możliwe są przede wszystkim trzy konstelacje reakcji opiekunów na stany umysłowe dziecka.

1. Wrażliwe oraz adekwatne ich odzwierciedlanie, które możliwe jest wyłącznie w przypadku bezpiecznego stylu przywiązania. Jeśli rodzic posiada wysoki stopień samoświadomości i stara się wnikliwie zrozumieć dziecko, wówczas pozwala mu na naukę zarówno koncentracji, jak również uważności na siebie i innych ludzi. W konsekwencji takiej jakości relacji dziecko nabiera zdolności do podejmowania refleksji nad własnymi stanami emocjonalnymi i ich rozumieniem (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 50). Ponadto w bezpiecznym stylu przywiązania dziecko doświadcza adekwatnej regulacji emocji, „między innymi poprzez odzwierciedlanie, szczególnie w sytuacji doznawania negatywnego afektu, a więc wtedy, kiedy aktywowany jest system przywiązania nakazujący uruchomienie zachowań zmierzających do poszukiwania bliskości z opiekunem" (M. Stawicka, D. Górska 2016, s. 56).
2. Trudność adekwatnego reagowania przez rodzica na sygnały płynące od dziecka. W takiej sytuacji mamy do czynienia z pozabezpiecznym stylem przywiązania oraz niemożnością u jednostki pełnego rozwoju w zakresie mentalizacji. W rezultacie dzieci „nie uczą się, jak rozumieć własne emocje, potrzeby, myśli i uczucia oraz jak rozumieć emocje, myśli potrzeby i uczucia innych" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 50).
3. Zaniedbywanie i krzywdzenie dziecka. Wówczas jednostka doświadcza traumy przywiązania - wynika z doświadczanego strachu oraz bardzo silnego stresu. Dziecko poszukując kontaktu z opiekunem, zamiast ukojenia, doznaje pogłębienia stanu zaalarmowania, co jest konsekwencją dysfunkcyjnego zachowania opiekuna. Rosnące przerażenie „pogłębia tendencję do lgnięcia do opiekuna, który niestety nie tylko zawodzi pod względem regulacji napięcia dziecka, ale wywołuje u dziecka stan skrajnego negatywnego pobudzenia" (M. Stawicka, D. Górska 2016, s. 58).

Mechanizm związku pomiędzy mentalizacją a doświadczaniem w dzieciństwie traumy może mieć różną formę.

1. Doświadczenia wynikające z interakcji z wrogim lub niedostępnym opiekunem mogą doprowadzić do „obronnego zablokowania prób wnioskowania o jego stanach mentalnych w celu uniknięcia przez dziecko świadomości, że opiekun jest źródłem zagrożenia" (M. Marszał 2015, s. 82). Konsekwencją jest niementalizowanie o innych osobach w życiu dorosłym przez jednostkę odbieranych przez nią jako nieprzyjazne oraz zagrażające. Stanowi to wynik jej reakcji obronnej.
2. Wysoki poziom stresu doświadczany przez jednostkę od wczesnych lat jej życia może spowodować zablokowanie aktywności korowej, która wiąże się ze zdolnością do mentalizacji, nawet przy stosunkowo niskim poziomie pobudzenia.
3. Doświadczenie traumy może skutkować chroniczną aktywacją systemu przywiązania w okresie dorosłości jednostki, ponieważ „zwracanie się przez dziecko do opiekuna będącego źródłem traumy prowadzi do dalszego wzrostu pobudzenia i niezaspokojenia potrzeby bliskości z figurą przywiązania" (M. Marszał 2015, s. 82). Osoby dorosłe mają wówczas tendencję do poszukiwania poczucia bezpieczeństwa u figury przywiązania, która przeżywana jest jako wroga i niezaspokajająca (M. Marszał 2015, s. 82).

W tych systemach rodzinnych, w których dzieci doświadczają przemocy bądź poczucia bycia nieważnymi rozwój mentalizacji może zostać poważnie zakłócony. Wynika to ze zniekształcania lub zaprzeczania przez opiekunów prawdziwych intencji stojących za zachowaniem przemocowym. Inną trudnością jest również niewłaściwe odwzorowywanie stanów umysłowych dziecka, a nawet przypisywanie mu własnych nierozpoznanych stanów. Co więcej, jeśli wychowanek podejmie próbę zrozumienia uczuć, jak również myśli rodzica, który stosuje przemoc, często zostaje skonfrontowany z bolesnymi emocjami na temat swojej osoby (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 51). W przypadku dzieci doświadczających traumy przywiązania, rozwój mentalizacji zostaje znacznie zahamowany także z powodu blokowanej aktywacji wspomnień urazu, co pełni u jednostki funkcję adaptacyjną do zaistniałej sytuacji (M. Stawicka, D. Górska 2016, s. 58). Wykazują one wówczas szereg nieprawidłowości, które mogą wskazywać na problemy z mentalizacją. Wśród nich można wymienić: rzadsze stosowanie odniesień do własnych stanów mentalnych, mniejsze zaangażowanie w symboliczną zabawę, gorsze rozwiązywanie zadań badających teorię umysłu, trudności zarówno z okazywaniem, jak również odczuwaniem empatii, trudności w regulowaniu emocji oraz rozpoznawaniu i różnicowaniu stanów emocjonalnych.

Podkreślenia wymaga fakt, że samo doświadczenie traumy w dzieciństwie nie jest jedynym czynnikiem rzutującym na wystąpienie patologii osobowości. Duże znaczenie przypisuje się klimatowi emocjonalnemu (niskie zaangażowanie emocjonalne rodziców, przemoc emocjonalna czy/i zaniedbanie dziecka), który nie pozwala na przepracowanie traumatyzującego doświadczenia. W wyjaśnianiu zaburzeń rozwoju zdolności do mentalizacji bardzo istotną rolę odgrywa także komunikacja i spójność dyskursu dotyczącego stanów mentalnych - nie samo doświadczanie przez dziecko utraty opiekuna bądź przemocy z jego udziałem (M. Marszał 2015, s. 81-82).

Z powodu doświadczania traumatycznych przeżyć może pojawić się stan **hipermentalizacji** oznaczający przymus nieustannego i błyskawicznego wnioskowania o stanach emocjonalnych, potrzebach oraz myślach opiekuna, by zapobiec potencjalnym przyszłym zagrażającym sytuacjom. Takie funkcjonowanie jest charakterystyczne dla dzieci osób uzależnionych od alkoholu, które niemal permanentnie starają się rozpoznać stan psychofizyczny uzależnionego rodzica, by móc adekwatnie reagować i uniknąć ewentualnej z nim konfrontacji bądź/ i konfliktów. Jak wskazują B. E. Robinson i J. L. Rhoden, rodzina alkoholowa stanowi „psychiczne pole bitwy, na którym każdy mężczyzna, kobieta czy dziecko musi walczyć o przetrwanie" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 77).

Nawiązując do problematyki związanej z hipermentalizacją, należy także wskazać na mechanizm identyfikacji z agresorem, w wyniku którego dziecko internalizuje zagrażające, jak również agresywne aspekty opiekuna pod postacią własnego *self*. W dorosłym życiu może to skutkować pojawieniem się autoagresji u jednostki i samouszkodzeniami. W kontekście podejmowanej przeze mnie problematyki istotne jest podkreślenie, że obronne zablokowanie zdolności do mentalizacji może być konsekwencją między innymi nadużywania substancji psychoaktywnych, z czym często wiążą się doświadczenia traumatyczne osób będących w interakcji z jednostką uzależnioną (M. Marszał 2015, s. 83). Charakterystyczne to jest zarówno wobec osób nadużywających alkoholu i pijących szkodliwie, jak również dla części populacji dorosłych dzieci alkoholików, u których stwierdza się nadużywanie substancji psychoaktywnych (S. Ślaski 2005, s. 40).

Ograniczona zdolność do mentalizowania, mimo że stanowi potencjalną przyczynę późniejszych trudności interpersonalnych dziecka, często może stanowić dla niego funkcję adaptacyjną oraz ochronną, ponieważ dzięki niej może ono dalej utrzymywać relacje ze swoimi rodzicami mimo doświadczania sytuacji traumatycznych (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 51).

Zdolność do mentalizacji jest bardzo ważna, ponieważ umożliwia jednostce rozwój tożsamości, jak również stabilnej samooceny. Zwiększenie zrozumienia emocji zarówno własnych, jak i innych osób zwrotnie prowadzi do wzrostu świadomości sytuacyjnej oraz społecznej. Dzięki temu dzieciom łatwiej jest w sposób elastyczny dostosować się do różnych sytuacj, chcąc osiągnąć zaplanowany cel (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 50).

Niewiele jest badań odnoszących się wprost do problematyki kształtowania się zdolności do mentalizacji u dzieci z rodzin alkoholowych. Te, które zostały zrealizowane (T. Ostler, O. S. Bahar, A. Jessee 2010; C. Fewell 2006 za: L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 52), potwierdzają „znacząco wyższy poziom pozabezpiecznego przywiązania u dorosłych dzieci uzależnionych rodziców oraz wysoki poziom refleksyjnego funkcjonowania wobec niepijących matek" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 52). Obserwuje się u nich także wyższy poziom stresu. Może być on wyjaśniany uaktywnieniem się lękowych aspektów związanych z pozabezpiecznym przywiązaniem, które są ukierunkowane na utrzymanie relacji z obiektem przywiązania mającym być źródłem łagodzenia poczucia braku bezpieczeństwa. Można wobec tego wnioskować, że dorosłe dzieci uzależnionych rodziców podejmują próby empatycznego zrozumienia motywacji, jak również stanu umysłowego nieuzależnionego rodzica. Niemniej jednak nie pełni to funkcji ochronnej wobec psychologicznego dystresu (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 52).

5.2.4. Samoocena dzieci oraz adolescentów wychowywanych w rodzinach alkoholowych w świetle badań empirycznych

Analiza każdego z pozabezpiecznych stylów przywiązania pozwala na wysunięcie stwierdzenia, że wiążą się one z określonymi negatywnymi konsekwencjami dla funkcjonowania psychospołecznego jednostki, które można skategoryzować w następujący sposób:

- negatywne postrzeganie samego siebie, swoich możliwości, umiejętności, zasobów;
- trudności emocjonalne;
- trudności w kontaktach interpersonalnych[114].

Niebagatelny wpływ na poczucie własnej wartości dziecka mają: zaufanie rodziców w odniesieniu do instynktów badawczych dziecka, wskazywanie mu możliwości, jakie niesie eksploracja otaczającej rzeczywistości, kształtowanie odważnego podejścia do życia,

[114] Problematyka pojawiających się trudności emocjonalnych jednostki wychowywanej w systemie alkoholowym oraz potencjalne trudności w kontaktach interpersonalnych zostaną omówione w kolejnych podrozdziałach pracy. W tym miejscu zajmę się omówieniem jedynie wątku odnoszącego się do samooceny osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych.

wysyłanie pozytywnych komunikatów i okazywanie czułości, unikanie przekazywania negatywnych informacji zwrotnych w postaci wytykania błędów i wad, wspieranie w doświadczanych trudnościach i porażkach, wzmacnianie zasobów i podejmowanie prób empatycznego zrozumienia nieaprobowanych społecznie zachowań dziecka i wiele innych, które będą odzwierciedlały pozytywny stosunek rodziców wobec ich pociech.

W rodzinie borykającej się z problemem alkoholowym jednostka ma ograniczone możliwości nabycia spójnych oraz pozytywnych doświadczeń, wzorów funkcjonowania w diadzie rodzicielskiej oraz rodziców w relacji z nim samym, które kształtowałyby w nim pozytywny stosunek zarówno wobec siebie, jak również wobec świata zewnętrznego. Najczęściej otrzymuje ono negatywne komunikaty zwrotne dotyczące własnej osoby bądź/ i samo ma poczucie, że jest niewystarczająco dobre, ponieważ nie potrafi pomóc swojej rodzinie (M. Ryś 2011, s. 77; 79). Należy również podkreślić, że choroba alkoholowa rodzica stanowi „główny czynnik dezorganizujący prawidłowy rozwój osobowości dzieci" (A. Jakubik, E. Zegarowicz 1998, s. 74) i jest odpowiedzialny za występujące u potomstwa zaburzenia w sferze emocjonalno-społecznej, również obrazu własnej osoby, a przede wszystkim jej cech konstytutywnych, takich jak: poczucie kontroli, mechanizm kontroli emocjonalnej oraz poziom samooceny (A. Jakubik, E. Zegarowicz 1998, s. 74). Janet Woititz wskazuje, na podstawie realizowanych przez siebie badań, „że dzieci, których rodzice są alkoholikami, mają niższą samoocenę niż te, które nie pochodzą z domów, gdzie nadużywano alkoholu" (J. Woititz 1992, s. 5).

Wyniki badań, zarówno te przeprowadzane w polskich, jak również zagranicznych realiach wskazują, że dzieci oraz nastolatkowie pochodzący z rodziny alkoholowej mają niższe poczucie własnej wartości aniżeli grupa osób dorastająca w rodzinach nieborykających się z problemem uzależnienia. W jednym z programów badawczych naukowcy, przy wykorzystaniu Skali Samooceny Rosenberga, gromadzili dane odnoszące się do samooceny dzieci z rodzin alkoholowych. Wykazano, że postrzegają one siebie znacznie bardziej krytycznie niż ich rówieśnicy pochodzący z rodzin niedysfunkcjonalnych. Dzieci wychowujące się w tych rodzinach oceniały ich harmonię dużo niżej aniżeli te z grupy kontrolnej, a relacje z pijącym rodzicem charakteryzowały się silniejszymi zaburzeniami. Późniejsze badania realizowane na grupie 54 dzieci osób uzależnionych z ich 129 rówieśnikami wykazały, że pierwsza grupa badanych uzyskiwała niższe wyniki w skalach mierzących samoocenę niż grupa druga (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2005, s. 94-95). Jak wskazuje Katarzyna Kołodziejczyk, „wiele badań wykazało, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym patrzą na siebie o wiele bardziej krytycznie niż rówieśnicy z rodzin niepijących – mają niższą samoocenę niż dzieci z grupy

kontrolnej. Obcowanie z pijącym rodzicem utrwala w dzieciach niejasny obraz siebie spowodowany dwuznacznymi i niekonsekwentnymi sygnałami wysyłanymi przez rodziców" (K. Kołodziejczyk 2006, s. 23).

Badanie KINDSCREEN pokazało, że obraz własnej osoby u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym jest istotnie gorszy niż u ich rówieśników z pozostałych rodzin. Równocześnie „indeks jakości życia w tym wymiarze maleje w rodzinach, w których pije oboje rodziców i rośnie w rodzinach deklarujących abstynencję" (K. Kołodziejczyk 2006, s. 23).

Badania realizowane na próbach nastolatków dorastających w rodzinach z problemem alkoholowym uwydatniają podobne tendencje w płaszczyźnie samooceny tej grupy osób. Mają oni niższe poczucie własnej wartości niż grupa młodzieży wychowująca się w domu, w którym taki problem nie występował. Wioletta Ławska, Grażyna Dębska oraz Maria Zięba w realizowanych przez siebie badaniach na grupie 148 nastolatków, z czego 85 pochodziło z rodzin niedotkniętych problemem alkoholowym, a 63 z rodzin alkoholowych, wykazały, że adolescenci mający uzależnionego rodzica statystycznie częściej mają poczucie winy z powodu jego intoksykacji chemicznej (W. Ławska, G. Dębska, M. Zięba 2012, s. 186-187). W rezultacie „z czasem pojawia się w nim poczucie bezwartościowości wyrażające się w myślach typu: jestem nikim, jestem do niczego, jestem niepotrzebny, które w dorosłym życiu bardzo przeszkadzają poczuć się równym innym ludziom" (M. Kucińska 2009, s. 72). Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest pozostawienie dziecka samemu sobie w sytuacjach bardzo dla niego trudnych, w których wymaga wsparcia (K. Zalas 2009, s. 334).

Badania przeprowadzone przez Andrzeja Jakubik oraz Ewę Zegarowicz na grupie 60 nastolatek, z czego połowa stanowiła grupę eksperymentalną dziewcząt z rodzin alkoholowych, druga połowa grupę kontrolną dziewcząt z rodzin niedotkniętych alkoholizmem[115], wykazały, że obydwie grupy różnią się od siebie w istotny sposób w płaszczyźnie samooceny globalnej, jak również samooceny w zakresie intelektu i innych cech odnoszących się do własnej osoby (A. Jakubik, E. Zegarowicz 1998, s. 76).

Mimo wielu pozycji naukowych prezentujących niskie poczucie własnej wartości u osób dorastających w rodzinach alkoholowych, problematyka dotycząca ich samooceny nie jest tak deterministyczna, jak można przypuszczać.

Przykład mogą stanowić badania realizowane przez Pawła Kurtek wśród dorastających synów ojców uzależnionych od alkoholu, które wykazały, że synowie ojców alkoholików, w porównaniu z synami ojców nieuzależnionych, „doświadczają poczucia niezależności,

[115] Zob. także: Jakubik A., Zegarowicz E. (1998). *Samoocena, poczucie kontroli i kontrola emocjonalna u dorastających córek mężczyzn uzależnionych od alkoholu* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 11 nr 1.

pewności siebie i samoakceptacji" (P. Kurtek 2000, s. 27). Ponadto, jak wskazuje autor, „istnieje podobieństwo w zakresie samooceny świadomej między synami alkoholików a chłopcami pochodzącymi z rodzin nie dotkniętych tym uzależnieniem oraz, że samoocena ta ma charakter pozytywny" (P. Kurtek 2000, s. 28).

Podsumowując, osoby wychowywane w rodzinie dysfunkcyjnej, jaką jest rodzina alkoholowa, z pewnością są grupą zwiększonego ryzyka wykształcenia niższej samooceny. Wynika to przede wszystkim z negatywnych doświadczeń będących pochodną funkcjonowania ich rodziców, z czego jeden, lub oboje, są bardzo często nieobecni emocjonalnie i nie okazują dziecku zainteresowania. Należy przy tym podkreślić, że samoocena osób dorastających w rodzinach alkoholowych nie zawsze musi być zaniżona. Bardzo istotnym czynnikiem, który rzutuje na to, czy dana osoba będzie miała niższe poczucie własnej wartości jest podjęcie terapii albo przez samego uzależnionego, albo przez nią samą. Istotność w tym względzie nadaje się czynnikom ochronnym, które neutralizują szkodliwość wychowywania dziecka przez rodzica uzależnionego. Jeżeli jednostka wychowywana w rodzinie alkoholowej będzie doświadczała szeregu pozytywnych doświadczeń i otrzymywała konstruktywne informacje zwrotne na swój temat w innych obszarach jej funkcjonowania, np. w środowisku rówieśniczym w przedszkolu czy szkole, wówczas jej poczucie własnej wartości nie musi być zaniżone, może również ulec modyfikacji. Stąd doświadczenia nabywane przez dziecko i adolescenta w innych sferach ich życia mogą pełnić istotną funkcję ochronną wzbogacającą ich doświadczenie, samoświadomość i samoocenę.

5.3. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej- trudności w funkcjonowaniu

Opisane wyżej obszary rozwoju dziecka wychowywanego w rodzinie alkoholowej wskazują na takie istotne aspekty jego funkcjonowania, jak: przypisany mu cały wachlarz zachowań, który związany jest z pełnieniem przez nie konkretnej roli/ ról w systemie alkoholowym, często pozabezpieczny styl przywiązania, który w znacznym stopniu rzutować może na jakość jego relacji z innymi ludźmi oraz na postrzeganie samego siebie i otaczającego świata, możliwe zahamowanie rozwoju procesu mentalizacji, który zwrotnie może ujemnie wpływać na percepcję jego własnych emocji oraz emocji i przeżyć innych osób. Ryzyko pojawienia się trudności u dziecka wychowywanego w rodzinie alkoholowej wynika z jednej strony z jego biologicznej podatności, z drugiej strony odnosi się do emocjonalno-społecznych aspektów funkcjonowania. Z pewnością jest zjawiskiem bardzo złożonym, w którym

niebagatelną rolę odgrywa szereg różnorodnych zmiennych modyfikujących oraz pośredniczących (I. Grzegorzewska 2013, s. 81).

5.3.1. Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci i adolescentów wychowywanych w rodzinie alkoholowej

W ciągu ostatnich lat badania realizowane na próbie dzieci osób uzależnionych od alkoholu w dużej mierze koncentrują się na problematyce zachowań eksternalizacyjnych oraz internalizacyjnych, przy czym **eksternalizacja** oznacza przypisywanie wewnętrznych impulsów światu zewnętrznemu, a **internalizacja** oznacza mechanizm uwewnętrzniania relacji lub obiektu popędu. Obydwa terminy zostały zaczerpnięte z psychoanalizy (K. Gąsior 2012, s. 52).

Szerzej ujmując, **eksternalizacja** problemów wywodzi się z osłabionej kontroli emocji i obejmuje te zachowania, które polegają na „odegraniu się". Charakteryzują się one nieposłuszeństwem, agresją, impulsywnością, buntowniczością, łamaniem reguł. Charakterystycznymi cechami wyróżnionych zaburzeń są: ukryta wrogość, agresja słowna bądź fizyczna, mściwość, kłótliwość, nieposłuszeństwo, skłonność do destrukcji. Do szeregu zaburzeń eksternalizacyjnych zalicza się zaburzenia antysocjalne oraz te związane z agresją i przemocą, przestępczością oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Ostatnie z wymienionych zaburzeń zachowania - nadużywanie substancji psychoaktywnych - często występuje w okresie dojrzewania (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2006, s. 79; K. Gąsior 2012, s. 53).

Z kolei **internalizacja** problemów wiąże się z nadmierną kontrolą emocji i przejawia się w postaci wycofania społecznego, nieśmiałości, nasilenia zaburzeń lękowych bądź depresyjnych czy dolegliwości somatycznych. Grupa dzieci odczuwających głęboki lęk przed niepowodzeniem oraz przed oceną społeczną nie wykorzystuje w pełni swoich intelektualnych możliwości i często zdarza się, że nie spełnia standardowych wymagań szkolnych. Ich pozycja wśród rówieśników jest niska i przejawiają tendencję do uzależniania się od osób z najbliższego otoczenia (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2006, s. 79).

Omówiona wyżej klasyfikacja zachowań na eksternalizacyjne oraz internalizacyjne, która została zaproponowana przez T. M. Achenbach, znalazła swoje zastosowanie w podstawowym podziale kategorialnym, który odnosi się do problematyki zdrowia psychicznego dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych. W ostatnich latach szerzej zainteresowano się tą tematyką w odniesieniu do grupy dzieci alkoholików i przeprowadzono szereg badań weryfikujących epidemiologię oraz uwarunkowania powstawania u nich zaburzeń eksternalizacyjnych oraz internalizacyjnych (K. Gąsior 2012, s. 53).

Wśród najczęściej wyróżnianych trudności, które mogą wystąpić w funkcjonowaniu osób dorastających w rodzinie alkoholowej wymienia się:

a) **kłopoty ze snem**, które mogą się objawiać następującymi symptomami: często powtarzające się koszmary senne; odmowa lub lęk przed zaśnięciem mimo późnej godziny; przerywany lub chaotyczny sen (B. E. Robinson 2000, s. 165; G. Polok 2009, s. 20).

b) **Zaburzenia związane z nawykami czynności fizjologicznych**. Dorastanie w rodzinie alkoholowej, a konkretniej stres, jaki niemal nieustannie przeżywają dzieci, często staje się podłożem do występowania regresu w kontrolowaniu czynności fizjologicznych. Objawiać się to może moczeniem nocnym, bądź brudzeniem bielizny. Takie sytuacje pojawiają się pomimo wcześniejszego nabycia przez dziecko umiejętności kontrolowania własnych czynności fizjologicznych (B. E. Robinson 2000, s. 165). Zofia Ostrihanska wskazuje, że „dzieci te ujawniają często zaburzenia nerwicowe takie jak lęki nocne, przedłużone moczenie nocne, często stwierdza się u nich znaczną lękliwość, nadpobudliwość, >>nerwowość<<" (Z. Ostrihanska 1993, s. 153).

c) **Trudności w obszarze nawyków związanych z odżywianiem się**. Może to być zarówno głodzenie się, jak również kompulsywne objadanie albo nadmierne zaabsorbowanie tym, co się je. Przygnębienie i depresja mogą stać się czynnikami determinującymi u dzieci alkoholików problemy żywieniowe, które objawiać się mogą utratą apetytu a w konsekwencji- wychudzeniem. Zaburzenia te są także często powiązane z nawykami, wykształconymi przez dziecko w pierwszym roku życia (B. E. Robinson 2000, s. 166- 167). Problematyka odżywiania oraz nawyków żywieniowych dzieci z rodzin alkoholowych staje się szczególnie trudna w przypadku rodzin wysokiego ryzyka[116], gdzie status

[116] Rodziny alkoholowe stanowią systemy niezwykle heterogeniczne w płaszczyźnie specyfiki funkcjonowania, statusu materialnego oraz społecznego ich członków. Ich analiza pozwala wyodrębnić dwie podstawowe kategorie tych rodzin: **rodziny wysokiego** oraz **niskiego ryzyka**. Te pierwsze charakteryzuje jawny konflikt w rodzinie, zaniedbanie, brak wsparcia, wybuchy złości oraz agresji, chłód emocjonalny. Takie systemy rodzinne zwiększają podatność dzieci na wystąpienie zaburzeń, „nie tylko poprzez bezpośrednie narażenie na przemoc i wykorzystanie, ale również kładąc podwaliny pod biologiczną i genetyczną ich podatność" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 3). Te rodziny alkoholowe, które stanowią grupę rodzin wysokiego ryzyka charakteryzuje najczęściej: współwystępowanie u uzależnionego rodzica również innych zaburzeń psychicznych; wybiórczy dobór małżeński- najczęściej oboje rodziców jest uzależnionych; podobne wzorce picia u obojga rodziców; wysoki wskaźnik agresji względem potomstwa; bardzo intensywne oraz nałogowe spożywanie alkoholu; osobowość aspołeczna; niskie możliwości intelektualne rodziców; częste konflikty oraz agresja w domu; niski status socjoekonomiczny rodziny; wysoki wskaźnik pozytywnych oczekiwań wobec wzmacniającego działania alkoholu (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 63- 64).

socjoekonomiczny jej członków zazwyczaj jest bardzo niski. W takiej sytuacji nierzadko trudno o wykształcenie zdrowych nawyków żywieniowych, często dzieci chodzą zaniedbane, niedożywione, co zwrotnie rzutuje zarówno na ich zdrowie, jak również funkcjonowanie psychofizyczne.

d) **Trudność w dostosowywaniu się do zmian**, jakie mają miejsce w przedszkolu. Wynika z braku poczucia bezpieczeństwa w domu, chaotyczności i nieprzewidywalności reakcji jego członków, co w konsekwencji przekłada się na trudności w dostosowywaniu się do zmian, które mogą powodować wystąpienie lęku u dziecka (B. E. Robinson 2000, s. 167).
e) **Opóźnienia rozwojowe**, które wiążą się z odchyleniem od przyjętych norm rozwojowych dziecka, a które także występują u dzieci z rodzin alkoholowych. Można do nich zaliczyć problemy w umiejętnościach językowych lub motorycznych (B. E. Robinson 2000, s. 165).
f) **Zaburzenia nerwowo- psychiczne.** Badania realizowane przez poradnie dzieci i młodzieży w Warszawie wykazały, że większość z tych wychowywanych w rodzinach alkoholowych wykazuje następujące zaburzenia: zaburzenia łaknienia, lęki nocne, jąkanie, nadmierną pobudliwość nerwową, czasami również objawy choroby psychicznej (K. Płeczkan 1998, s. 318). Rezultaty badań podejmowanych przez poradnie psychologiczno- pedagogiczne na próbie dzieci którym udzielana jest w nich pomoc, nie powinny być generalizowane, bowiem stanowią one specyficzne instytucje, do których przychodzą jedynie dzieci wykazujące określone trudności w funkcjonowaniu. W rezultacie trudno o porównanie z innymi grupami dzieci, które nie są delegowane do udzielania im pomocy przez specjalistów, ponieważ nie uzewnętrzniają żadnych problemów, a które również wychowywane są w rodzinach alkoholowych.
g) **Zaburzenia związane z separacją.** Dzieci pochodzące z rodziny alkoholowej mogą mieć trudności w odzyskaniu spokoju na skutek rozłąki z rodzicem, usilnie poszukiwać kontaktu z wychowawcą, a w momencie separacji z nim prezentować szereg trudności adaptacyjnych. Takie zachowania znacznie utrudniają swobodną eksplorację otaczającej rzeczywistości (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 176).

Odwołując się do badań prowadzonych na próbie dzieci i adolescentów osób uzależnionych od alkoholu, ujawnienie się psychopatologii najsilniej występuje w drugiej oraz trzeciej dekadzie życia. Wiąże się to częściowo ze specyfiką tych okresów rozwojowych.

Adolescenci koncentrują swoje wysiłki na formowaniu własnej tożsamości, równolegle zmagając się ze zmianami fizycznymi wynikającymi z przemian biologicznych. Ponadto uniezależniają się stopniowo od swoich rodziców budując swój własny i unikatowy system wartości. Ich oczekiwania zostają urealniane i konfrontowane z realiami życia codziennego. W tym szczególnie trudnym okresie następują również pierwsze próby przyjmowania substancji psychoaktywnych, w tym również alkoholu. Kształtowany zostaje wzorzec jego spożywania. W związku z powyższym ich również dotyka specyficzne spektrum problemów. Oprócz dynamicznych zmian rozwojowych przypisanych temu okresowi rozwojowemu, wśród najczęściej wskazywanych trudności w literaturze przedmiotu można wskazać:

a) **konflikty z prawem/ zachowania nieaprobowane społecznie.** Nastolatkowi wychowującemu się w rodzinie alkoholowej, częściej niż jego rówieśnikom, zdarza się popadać w konflikty z prawem bądź zachowywać w sposób dezadaptacyjny. Osoby te z większą częstotliwością wagarują, nadużywają substancji psychoaktywnych, dokonują prób samobójczych, włamań, czy kradzieży (W. Ławska, G. Dębska, H. Kadučáková 2012, s. 54). Zachowania te najczęściej charakterystyczne są dla tych dzieci, które przyjmują rolę Kozła Ofiarnego.
b) **Zachowania ryzykowne- stosowanie środków psychoaktywnych.** Cechy rodziny związane ze szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych zwiększają prawdopodobieństwo ich używania przez nastolatków. Równocześnie kontrola rodzicielska może spełniać czynnik ochronny przed intoksykacją chemiczną (J. Sadowska- Mazuryk, A. Tomczuk- Ismer, A. Jakubczyk, M. Wojnar 2013, s. 171).
c) **Próby samobójcze.** Niezwykle niepokojący jest fakt, że aż 1/5 dzieci wychowywanych w rodzinach, w których istnieje problem alkoholowy, dokonała prób samobójczych (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 153). Wyniki te są rezultatami badań przeprowadzanych na zachodzie, niemniej jednak w Polsce również podkreśla się znaczenie korelacji czynnika dorastania w rodzinie alkoholowej z podejmowanymi przez młodzież próbami samobójczymi. Katarzyna Krajewska, Antoni Florkowski oraz Agnieszka Gmitrowicz realizowali badania na próbie nastolatków oraz młodych dorosłych hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym. Wyniki wskazały na występowanie prób samobójczych najczęściej u tych osób, których oboje rodzice byli uzależnieni od alkoholu oraz gdy uzależniona od alkoholu była

jedynie matka (K. Krajewska, A. Florkowski, A. Gmitrowicz 2014, s. 199). Należy nadmienić, że w literaturze przedmiotu odnoszącej się do problematyki prób samobójczych u dorastającej młodzieży, wśród istotnych czynników związanych z tą formą skrajnej autoagresji wymienia się między innymi trudną sytuację rodzinną, częste konflikty w rodzinie oraz uzależnienie rodzica/ rodziców (K. Kuberska- Przekwas 2014, s. 60). Rodzice tych nastolatków częściej spożywali alkohol oraz zażywali więcej narkotyków aniżeli rodzice adolescentów, którzy prób samobójczych nie dokonywali. Patrick McKenry oraz jego współpracownicy z Uniwersytetu w Ohio przeprowadzili badania, z których wynika, że w grupie wysokiego ryzyka związanego z próbami samobójczymi znajdują się właśnie dzieci alkoholików (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 153- 154).

d) **Problemy natury tożsamościowej.** Istotną płaszczyzną funkcjonowania adolescentów jest walka pomiędzy poczuciem tożsamości a niepewnością roli. W rezultacie adolescent dokonuje prób odpowiedzi na pytania: kim jestem; co chcę ze swoim życiem zrobić i dokąd zmierzam. Młodzi ludzie dojrzewający w rodzinie alkoholowej mają to zadanie znacznie utrudnione (W. Ławska, G. Dębska, H. Kadučáková 2012, s. 56). Wynika to z chaosu, w jakim żyją oraz ról przez nich przyjętych. Innym istotnym czynnikiem, który może utrudniać nastolatkom z rodziny alkoholowej dokonanie identyfikacji swoich potrzeb oraz pragnień, jest intensywna koncentracja na chorobie alkoholowej rodzica, często zawężająca ich perspektywę do zrozumienia oraz identyfikacji potrzeb i pragnień uzależnionego a nie ich samych[117].

e) **Trudności w pierwszych relacjach intymnych.** Nastolatkowie z rodziny alkoholowej mogą mieć duże trudności w nawiązywaniu pierwszych relacji intymnych. Wynika to z tłumienia uczuć z przeszłości, co upośledza ich zdolność aktualnego odczuwania i konstruktywnego wyrażania emocji (W. Ławska, G. Dębska, H. Kadučáková 2012, s. 54).

[117] **Regulacyjna koncepcja potrzeb Borysa Bratusia**, rozwijana przez Kazimierza Obuchowskiego, skrupulatnie wyjaśnia, jak pierwotne potrzeby jednostki, takie jak potrzeba bliskości, akceptacji i inne, w rozwoju procesu uzależnienia od alkoholu, stają się potrzebami wtórnymi do dominującej potrzeby intoksykacji chemicznej. Tak, jak uzależniony skupiony jest na spożywaniu alkoholu, tak również jego partnerka i dzieci koncentrują swoją uwagę na jego piciu, zapominając o własnych potrzebach i pragnieniach (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 25).

Powyższe zagadnienia teoretyczne znajdują swoje odzwierciedlenie w badaniach naukowych związanych z problematyką eksternalizacji oraz internalizacji problemów w grupie dzieci i adolescentów pochodzących z rodzin alkoholowych. Miały one potwierdzić bądź zanegować zależność deterministyczną pomiędzy okresem dzieciństwa w rodzinie alkoholowej a eksternalizacją bądź internalizacją problemów u potomstwa osób uzależnionych od alkoholu.

Szereg analiz w tej problematyce, na grupie dzieci w wieku przedszkolnym wychowywanych w rodzinie alkoholowej, zostało dokonanych przez Rinę D. Eiden, Ellen P. Edwards oraz Kenneth E. Leonard. Autorki porównały funkcjonowanie potomstwa ojców uzależnionych od alkoholu z potomstwem rodziców nieuzależnionych obejmując swoją próbą badawczą łącznie 220 rodzin. Dzieci były w wieku od 2 do 3 roku życia. Badania miały podłużny charakter, a zastosowano w nich zarówno szereg narzędzi pomiarowych o specyfice kwestionariuszowej oraz obserwacyjnej. Nie ujawniły one związku deterministycznego pomiędzy chorobą alkoholową ojca a internalizacją zasad postępowania u dzieci, niemniej jednak wykazano pośredni związek pomiędzy internalizacją a rodzicielską wrażliwością zdefiniowaną jako gotowość do reagowania przez rodzica na sygnały płynące od dziecka. Im wspomniana wrażliwość u ojców uzależnionych od alkoholu była mniejsza, tym większe problemy wykazywały dzieci w płaszczyźnie internalizacji zasad. W ramach podsumowania autorki podkreśliły, że choroba alkoholowa rodzica może pośrednio wpływać na pojawienie się u dzieci trudności w obszarze kontroli swojego zachowania, co zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń zachowania w późniejszym okresie rozwojowym (K. Gąsior 2012, s. 53; R. D. Eiden, E. P. Edwards, K. E. Leonard 2009, s. 311- 315).

Na bazie wyżej przytoczonych oraz kolejnych badań realizowanych przez Rinę D. Eiden, Ellen P. Edwards oraz Kenneth E. Leonard, zbudowały one oraz zweryfikowały model rozwoju eksternalizacyjnych zachowań problemowych u dzieci w okresie przedszkolnym wychowywanych w rodzinie alkoholowej. Spektrum zainteresowania stanowiło nie tylko uzależnienie ojca od alkoholu, ale również depresja i zachowania antysocjalne rodziców, ich podejście względem dziecka- stopień wrażliwości i ciepła w relacjach z nim. Dzieci badano w płaszczyźnie zdolności samoregulacji mającej stanowić istotny czynnik związany z zachowaniami eksternalizacyjnymi. Wykazano korelację pomiędzy uzależnieniem od alkoholu ojca a niższą wrażliwością oraz niższym ciepłem rodziców w relacjach ze swoim potomstwem. Z kolei niższy poziom wrażliwości matki w relacjach z dzieckiem wpływał znacząco na trudności z samoregulacją oraz problemowe zachowania eksternalizacyjne u dziecka. Podkreślono także bezpośredni związek pomiędzy depresją rodziców a eksternalizacyjnymi zachowaniami u potomka. Co interesujące, okazało się, że nadmierne spożywanie alkoholu

przez matkę nie wpływało na stopień wrażliwości/ ciepła okazywanego dziecku w porównaniu z matkami nie pijącymi w sposób problemowy (K. Gąsior 2012, s. 53-54; R. D. Eiden, E. P. Edwards, K. E. Leonard 2009, s. 311- 315).

Kolejne badania realizowane przez nadmienione badaczki na grupie dzieci z rodzin alkoholowych zrekrutowanych, gdy miały 12 miesięcy a badanych temporalnie w wieku 12 miesięcy, 18 miesięcy, 24 miesięcy oraz 36 miesięcy odnosiły się do problematyki ich kompetencji społecznych w porównaniu z dziećmi wychowywanymi przez rodziców nieuzależnionych od alkoholu. Wyniki podkreśliły istotną zależność pomiędzy zachowaniami rodziców w kontekście ich wrażliwości rodzicielskiej a zdolnością dzieci do samoregulacji oraz internalizacji zasad oraz kontrolą wysiłkową a zachowaniami eksternalizacyjnymi, jak również kompetencjami społecznymi. W rodzinach borykających się z problemem uzależnienia od alkoholu jednego z rodziców skutki uzależnienia bądź współwystępujące zaburzenia rodziców wpływały na wyższe nasilenie problemów u dzieci związanych z samoregulacją, jak również na niższy poziom kompetencji społecznych (K. Gąsior 2012, s. 53-54; R. D. Eiden, E. P. Edwards, K. E. Leonard 2009, s. 741).

Badania nad eksternalizacją i internalizacją problemów polskich dzieci pochodzących z rodzin alkoholowych dokonali między innymi Lidia Cierpiałkowska oraz Michał Ziarko. Ich celem było rozpoznanie, czy dorastanie w rodzinie alkoholowej predysponuje do wystąpienia u dzieci i młodzieży zaburzeń w funkcjonowaniu w zakresie internalizacji, jak również eksternalizacji zachowań problemowych oraz dokonanie próby określenia, czy środowisko rodzinne dzieci, które pochodzą z rodzin alkoholowych różni się od środowiska rodzinnego tych dzieci, które nie pochodzą z rodzin z problemem alkoholowym oraz dookreślenia różnic w kontekście ich cech temperamentu[118] i stylu przywiązania. W odniesieniu do dzieci będących w okresie przedszkolnym pochodzących z rodzin alkoholowych a dzieci będących w tym samym okresie rozwojowym jednak pochodzących z rodzin nie obciążonych tą chorobą, wykazano różnice jedynie w trzech obszarach: stylu przywiązania (częściej styl zdezorganizowany w przypadku dzieci z rodzin alkoholowych), stopnia udzielanego im

[118] W literaturze przedmiotu wskazuje się na istnienie tzw. trudnego temperamentu, który „charakteryzuje się pewnym specyficznym wzorcem reakcji i zachowania: powolny proces adaptacji, wycofująca odpowiedź, negatywny nastrój, nadmierna wrażliwość, nieregularność zachowania" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 96). Dzieci charakteryzujące się tym profilem temperamentu częściej wykazują problemy w relacjach z rówieśnikami, nauczycielami oraz rodzicami. Z większą częstotliwością podejmują zachowania ryzykowne, jak np. palenie papierosów, używanie substancji psychoaktywnych (w tym narkotyków). Z kolei odwrotność tego profilu (pozytywny temperament) w przypadku dzieci alkoholików stanowi ważny wskaźnik ochronny jednostki przed wystąpieniem zaburzeń (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 96). Badania realizowane przez E. E. Werner na grupie 49 osób urodzonych w 1955 roku na Hawajach wykazały, że dzieci z tym profilem temperamentu prezentują dwa razy mniej problemów związanych z zachowaniem oraz trudnościami szkolnymi niż inne dzieci (E. E. Werner 1986, s. 34).

wsparcia i sprawowania kontroli przez rodziców (mniejsze u dzieci z rodzin alkoholowych, gdzie postępowanie rodziców charakteryzowało się zwiększoną kontrolą a mniejszym udzielaniem wsparcia). Nie wykazano jednak różnic w zakresie cech temperamentu oraz poziomu zdrowia i choroby. Odwołując się jednak do grupy nastolatków i młodych dorosłych wykazano znaczące różnice w funkcjonowaniu obydwu grup. U grupy adolescentów pochodzących z rodzin alkoholowych zauważono częstsze występowanie zaburzeń zachowania, jak również nasilenia depresji czy zaburzeń opozycyjno- buntowniczych. Nie zanotowano jednak różnic w odniesieniu do cech temperamentu oraz stopnia realizacji zadań rozwojowych przypisanych temu okresowi. Autorzy najwięcej różnic pomiędzy tymi próbami badawczymi wykazali w przypadku grupy licealistów- młodzież wychowywaną w rodzinach alkoholowych cechuje większe nasilenie zaburzeń wiążących się zarówno z eksternalizacją, jak również internalizacją problemów. W pierwszym z wymienionych obszarów (eksternalizacji problemów), osoby wychowywane w rodzinach alkoholowych prezentowały częstsze występowanie zachowań nie dostosowawczych, jak również agresywnych. Z kolei w drugim z wymienionych obszarów (internalizacji problemów) prezentowały one większe natężenie zaburzeń wiążących się z wycofaniem, jak również lękiem i depresyjnością (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2006, s. 87- 91).

Zarówno dzieci, jak i nastolatkowie, którzy dorastają w rodzinie borykającej się z problemem uzależnienia od alkoholu mają znacznie większe trudności w realizacji wszystkich zadań rozwojowych w sposób konstruktywny. Przy niewystarczającym występowaniu (bądź niewystępowaniu) czynników ochronnych[119], może dojść do wystąpienia zachowań eksternalizacyjnych i/ lub internalizacyjnych, których konsekwencją jest szereg problemów w funkcjonowaniu jednostki, zarówno w płaszczyźnie jednostkowej, jak również w płaszczyźnie funkcjonowania w różnych systemach społecznych, w tym także w szkole. Trudności z którymi się boryka, mogą utrudniać realizację określonych ról społecznych, np. roli ucznia, czy kolegi/ koleżanki ze szkolnej ławki i stanowić dodatkowe źródło frustracji.

5.3.2. Indeterministyczne podejście do występowania zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych u dzieci alkoholików- model podatności na stres Michaela Windle'a oraz Patricka T. Daviesa[120]

Przykładem interakcyjnego zastosowania ujęcia psychopatologii rozwojowej w płaszczyźnie powstawania zaburzeń eksternalizacyjnych oraz internalizacyjnych u dzieci

[119] Problematyka związana z czynnikami ochronnymi zostanie poruszona w dalszej części pracy.
[120] W literaturze przedmiotu odnoszącej się do problematyki dzieci osób uzależnionych od alkoholu istnieje szereg różnorodnych modeli teoretycznych wyjaśniających powstawanie zaburzeń u tej grupy osób oraz wskazujących

wychowywanych w rodzinie alkoholowej jest model Michaela Windle'a oraz Patricka T. Daviesa[121], którzy swoją koncepcję opierają na założeniach psychopatologii rozwojowej D. Cicchett'iego i F. Rogoscha (K. Gąsior 2012, s. 48; L. Cierpiałkowska 2007, s. 10).

Założenia omawianego modelu mają swoje źródła w podejściach systemowych i opierają się przede wszystkim na zasadach ekwifinalności oraz ekwipotencjalności. O ile początkowe badania nad osobami wychowywanymi w rodzinie alkoholowej zakładały, że ryzyko wystąpienia zaburzeń u tej grupy osób wykazuje ciągłość homotypową bądź heterotypową, o tyle współcześnie istnieją zintegrowane, wieloczynnikowe modele, które wyjaśniają ich ścieżki rozwoju. Wspomniane modele, podobnie jak omawiany model podatności na stres Michaela Windle'a oraz Patricka T. Daviesa, odwołują się do kilku podstawowych tez.

1) Proces rozwoju podlega ciągłym, dynamicznym zmianom, które można scharakteryzować na różnych płaszczyznach funkcjonowania jednostki: biologicznym, psychologicznym i społecznym.
2) Czynniki rozwoju są ze sobą w dynamicznych interakcjach, tworząc sieć wzajemnych zależności. Ich rola w procesie rozwoju jednostki może przybierać różne formy - zależna jest w dużej mierze od podatności dziecka oraz kontekstów jego rozwoju. W związku z powyższym bardzo istotne jest, by w badaniach nad dziećmi osób uzależnionych od alkoholu uwzględniać nie tylko źródła ryzyka, ale również zasobów.

istotność holistycznego, wieloczynnikowego wyjaśniania ich funkcjonowania. Trudno byłoby je wszystkie przytoczyć. W swojej pracy wskazałam na najważniejsze tezy modelu podatności na stres Michaela Windle'a oraz Patricka T. Daviesa chcąc zobrazować współczesne podejście do problematyki funkcjonowania osób wychowywanych w domu alkoholowym opierające się na założeniu wieloaspektowości podejścia do badań nad tą grupą osób, odrzucając podejście deterministyczne i wskazujące istotność uwzględnienia zasobów u dzieci i dorosłych z rodzin alkoholowych. Kolejnym powodem, dla którego bliżej przyjrzałam się temu modelowi jest fakt, że jego założenia mają źródła we wzmiankowanych przeze mnie w pracy podejściach systemowych oraz wskazują na istotną rolę doświadczania stresu przez jednostkę. Wśród najbardziej znanych ujęć można przytoczyć również ujęcie Theorore'a Jacoba i Sheri Johnson, którzy szczególnie mocno uwzględniają rolę środowiska rodzinnego w psychopatologii potomstwa osób uzależnionych od alkoholu. Podobne założenia przyjmują również Ruth Seilhammer oraz Theodore Jacob, którzy uwzględniają zróżnicowanie efektów rozwojowych u dzieci osób uzależnionych od alkoholu wynikające z dynamicznych związków między bezpośrednim wpływem uzależnienia rodzica a czynnikami pośrednimi. Wśród innych modeli można wymienić między innymi: model Kenetha Shera szczególnie akcentujący rolę osobowości jednostki w ewentualnym powstawaniu zaburzeń; transakcyjny model rozwojowy podatność- stres Lidii Cierpiałkowskiej, który uwypukla istotność aktywności własnej dziecka w realizacji zadań rozwojowych (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 32- 37).

[121] Michael Windle oraz Patrick T. Davies dogłębnie analizowali znaczenie założeń biopsychospołecznego paradygmatu rozwojowego w kontekście używania środków psychoaktywnych, w tym w szczególności alkoholu, podkreślając, że „natura zachowań alkoholowych zależy od wielu pojawiających się, wzajemnie na siebie oddziałujących czynników, które mogą być odmienne w różnym czasie i u różnych osób" (M. Windle, P. T. Davies 2003, s. 209-210). Akcentowano także rolę tzw. czynników przejściowych, które wiążą się z trwającym całe życie rozwojem jednostki, jak również z czasem ich występowania (M. Windle, P. T. Davies 2003, s. 210).

3) Wzajemne powiązania dwóch grup czynników: podmiotowych oraz środowiskowych zmieniają się wraz z biegiem czasu, by stopniowo przybrać postać regularnych wzorców zachowania (L. Cierpiałkowska, I Grzegorzewska 2016, s. 32).

Odwołując się do powyższych założeń, Michael Windle oraz Patrick T. Davies zakładają, że interakcje różnorodnych czynników są złożone oraz sprzężone ze sobą, a o ich ewentualnych konsekwencjach można mówić wyłącznie w kontekście probabilistycznym. Nawiązując do problematyki funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych, można wskazać na cztery grupy czynników ryzyka: psychiczne, biologiczne, społeczne rodzinne i pozarodzinne, jak również normatywne oraz nienormatywne zdarzenia stresowe (L. Cierpiałkowska 2007, s. 10). W każdym z nich mogą wystąpić zasoby spełniające funkcję ochronną, służące rozwojowi zdrowia jednostki, a tym samym modyfikujące wpływ czynników ryzyka. Problemy zdrowia psychicznego, które występują na skutek wzmożonej podatności dziecka na stres, przejawiają się w postaci dwóch podstawowych dezadaptacyjnych wzorców zachowań: eksternalizacyjnych oraz internalizacyjnych. Związane są one ze sposobem radzenia sobie dziecka ze stresem jako odpowiedzią na sytuacje nowe, trudne, czy problemowe (K. Gąsior 2012, s. 49; L. Cierpiałkowska 2007, s. 10).

Istotną funkcję w badaniach prowadzonych na gruncie modelu psychopatologii rozwojowej pełnią dwa rodzaje zmiennych: **modyfikujące** oraz **pośredniczące**. Jak wskazują Windle i Davies, pierwsze z wymienionych osłabiają lub wzmacniają związki między inną zmienną niezależną a zmienną wynikową. Z kolei zmienna pośrednicząca „wiąże się z założeniem istnienia procesu lub mechanizmu ingerującego w ostateczny efekt wpływu pierwotnej zmiennej niezależnej na rezultat (zmienną zależną)" (M. Windle, P. T. Davies 2003, s. 218). Może w różnym zakresie uczestniczyć w przenoszeniu wpływu zmiennej pierwotnej na zmienną wynikową.

Przyjęcie powyższego założenia prowadzi do koncepcji **ścieżek rozwojowych** danego zaburzenia, których celem jest wyodrębnienie podgrupy najistotniejszych reguł „wyznaczających trajektorie prowadzące do określonych stanów końcowych" (K. Gąsior 2012, s. 49). Jak wskazuje Lidia Cierpiałkowska, w oparciu o koncepcje Bruce'a E. Compasa i in., można wyróżnić kilka podstawowych ścieżek rozwojowych:

1) pierwsza ścieżka występuje u tych osób, które funkcjonowały zdrowo w dzieciństwie oraz w dalszych okresach rozwojowych;
2) druga ścieżka stanowi przeciwieństwo pierwszej: dana jednostka wykazywała zaburzenia w funkcjonowaniu zarówno w dzieciństwie, jak również w okresie adolescencji i dorastania;

3) trzecia ścieżka wskazuje na występowanie zburzeń u jednostki w dzieciństwie, niemniej jednak, na skutek różnych czynników, w okresie adolescencji oraz dorosłości funkcjonowała w sposób aprobowany społecznie;
4) czwarta ścieżka wskazuje na początkowo normatywne funkcjonowanie jednostki, która na skutek różnych czynników w późniejszych okresach rozwojowych wykazuje zaburzenia;
5) piąta ścieżka jest przykładem możliwych, różnych modyfikacji poprzednich ścieżek rozwojowych; dana osoba funkcjonuje satysfakcjonująco w dzieciństwie, w okresie adolescencji wykazuje szereg problemów i/lub zaburzeń, by w dorosłości wykazywać dobre przystosowanie (L. Cierpiałkowska 2007).

Model Windle'a i Daviesa wskazuje, że złożoność różnorodnych czynników oddziałujących na funkcjonowanie jednostki w różnych okresach jej życia skłania do przyjęcia pseudodeterministycznego podejścia do problematyki powstawania zaburzeń. Można wnioskować, że nie ma jednej drogi prowadzącej do występowania późniejszych trudności w funkcjonowaniu jednostki (zasada ekwipotencjalności), jak również różne środowiska funkcjonowania dzieci mogą prowadzić do ich zbliżonego funkcjonowania w życiu dorosłym (zasada ekwifinalności). Dużą istotność przypisuje się przy tym czynnikom ochronnym w rozwoju jednostki, jej osobowości oraz specyfice reagowania na sytuacje stresujące, które w korelacji z czynnikami ryzyka mogą osłabiać ich wpływ. Jak wskazuje Lidia Cierpiałkowska, „prawdopodobnie specyficzna interakcja czynników ryzyka i zasobów wpływa na powstanie dwóch różnych dezadaptacyjnych mechanizmów intrapsychicznych, polegających na eksternalizacji (uzewnętrznianiu) lub internalizacji (uwewnętrznianiu) problemów" (L. Cierpiałkowska 2007, s. 10). Należy podkreślić, że „nie tylko nie ma jednej drogi rozwoju, ale również podobne w swoim zakresie i nasileniu czynniki mogą prowadzić do różnych skutków" (K. Gąsior 2012, s. 52), a odwołując się do problematyki dzieci i adolescentów z rodzin alkoholowych, szczególnego znaczenia w kontekście (nie)prawidłowego rozwoju nabierają ich doświadczenia w różnych obszarach funkcjonowania, w tym w środowisku szkolnym i relacjach z rówieśnikami.

5.4. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej- funkcjonowanie psychospołeczne

5.4.1. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej w środowisku szkolnym

Okres szkolny jest szczególnie istotnym czasem, w którym „dochodzi do uformowania i utrwalenia głównego z mechanizmów adaptacyjnych do sytuacji trudnych i wyzwań życiowych" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 152) u jednostki. Jest to także okres intensywnego rozwoju sfery poznawczej, społecznej oraz emocjonalnej. Wśród czynników ryzyka, jak również zasobów w tym okresie rozwojowym jednostki, duże znaczenie przypisywane jest tym, które zlokalizowane są w środowisku rodzinnym oraz pozarodzinnym (np. grupy rówieśnicze), a także cechom indywidualnym osoby. Wśród tych pierwszych istotne znaczenie przypisywane jest występowaniu przemocy, czy nasileniu konfliktowości wśród członków rodziny, z kolei w środowisku pozarodzinnym - umiejętności interpersonalne, poziom oraz stopień zaangażowania dziecka w zajęcia pozalekcyjne. Do czynników indywidualnych zalicza się przede wszystkim osiągnięcia szkolne, jak również poziom samoregulacji dziecka (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 152).

Problemy szkolne dzieci osób uzależnionych od alkoholu najczęściej są pochodną konsekwencji wynikających z uzależnienia rodzica. Należą do nich chociażby ciągłe konflikty, które mogą utrudnić im proces uczenia się w domu, nieustanny lęk, stany depresyjne, trudności ze spaniem, o których wzmiankowałam we wcześniejszym podrozdziale. Marian Ochmański podkreśla, że „jeśli w domu panuje niezgoda, jeśli jedno z rodziców albo oboje nadużywają alkoholu, dziecko żyje w atmosferze ustawicznego zagrożenia i chociażby było zdolne, nie może pracować" (M. Ochmański 1987, s. 120).

Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden stworzyli przykładową listę trudności szkolnych osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej. Wśród nich wymieniają: niższe zdolności intelektualne u chłopców, gorsze wyniki w nauce, gorsze umiejętności werbalne oraz niższy stopień rozumienia tekstu czytanego, niższe wyniki testów na inteligencję, słabsza koordynacja percepcyjno-ruchowa, opanowanie słownictwa oraz pamięć, niższa frekwencja w szkole, trudności w koncentracji uwagi, impulsywność (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 140-141).

Jak wskazują wyniki badań[122], warunki środowiskowe dzieci, których rodzic/e borykają się z problemem uzależnienia od alkoholu, nie sprzyjają również rozwojowi ich potencjału

[122] Zob. także: M. Ochmański (1981). *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; M. Ochmański (1987). *Losy*

umysłowego, który określany jest jako „zbiór uzdolnień pozwalających przewidywać skutki określonych działań, dostosowywać się do nowych sytuacji i otrzymywanych informacji" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 153-154). Dzieci z rodzin alkoholowych prezentują większe trudności w nauce niż dzieci rodziców niepijących. Wykazano, że synowie alkoholików osiągają słabsze wyniki w testach, które miały ocenić ich poziom zdolności do koncentracji uwagi, pamięci koordynacyjno-ruchowej, orientacji przestrzennej, umiejętności prawidłowego wysławiania się, szybkości motorycznej, jak również gorzej radzili sobie z rozumieniem czytanego tekstu. W płaszczyźnie bogactwa językowego wskazuje się, że „dzieci te wyrażają się w sposób prymitywny, mówią gwarą" (M. Ochmański 1981, s. 65; A. Sirdak 2006, s. 244).

Badania realizowane przez Mariana Ochmańskiego na losowo wybranej próbie 150 dzieci w wieku między 7 a 12 rokiem życia wykazały, że charakteryzowały się one znacznie niższym ogólnym poziomem inteligencji niż dzieci z rodzin nie borykających się z problemem uzależnienia od alkoholu jednego z członków rodziny. Najwyraźniej było to zauważalne wśród tych będących w klasie pierwszej, które plasowały się na pograniczu normy oraz niepełnosprawności intelektualnej[123], ich rozwój umysłowy był opóźniony i pogłębiał się w trakcie procesu nauczania w szkole. Jak wskazuje autor, „należy zatem przypuszczać, że dzieci z rodzin nadużywających alkoholu nie miały wystarczającej liczby bodźców sprzyjających rozwojowi intelektualnemu" (M. Ochmański 1981, s. 64). Należałoby jednak wskazać na dwa główne ograniczenia wiążące się z wyżej przytaczanymi rezultatami badań Mariana Ochmańskiego. Pierwsze dotyczy okresu, w jakim były one realizowane, a mianowicie w roku 1981, kiedy sam system szkolnictwa funkcjonował inaczej niż aktualnie, a część testów do badania inteligencji wykorzystywanych ówcześnie, aktualnie albo nie jest wykorzystywanych, albo jest znacznie zmodyfikowanych. Kolejne istotne ograniczenie wiąże się z doborem próby badawczej. Mianowicie była to grupa dzieci borykających się z trudnościami edukacyjnymi w szkole, przez co zostały skierowane na badania do poradni wychowawczo-zawodowej. W związku z tym nie powinno dziwić, że zdiagnozowano u nich określone problemy natury poznawczej. By móc generalizować wyniki badań, należałoby uwzględnić również próbę tych dzieci, które także dorastają w rodzinie alkoholowej, ale nie prezentują trudności natury edukacyjnej.

młodzieży z rodzin alkoholiczych i jej charakterystyka psychospołeczna. Ciechanów: Ciechanowskie Towarzystwo Naukowe; Sirdak A. (2006). *Szkolne problemy dzieci z rodzin z problemem alkoholowym* [w:] „*Nauczyciel i Szkoła*" nr 1-2.

[123] Autor użył określenia: „upośledzenie umysłowe" (M. Ochmański 1981, s. 64).

Wśród problemów w nauce u dzieci osób uzależnionych od alkoholu dokonuje się ich kategoryzacji ze względu na płeć samego dziecka. Wskazuje się, że alkoholizm ojców niekorzystniej oddziałuje na postępy szkolne chłopców aniżeli dziewcząt. Synowie alkoholików stanowią grupę zwiększonego ryzyka powtarzania klas w szkole niż synowie niealkoholików. Mają również większe trudności w zachowywaniu się w sposób aprobowany społecznie. W związku z tym ich problemy zauważalne są znacznie częściej zarówno w płaszczyźnie osiągnięć szkolnych, jak również funkcjonowania w grupie społecznej. Z kolei badania zrealizowane przez Kern i współpracowników pokazują, że u dziewcząt z rodzin alkoholowych nie wykazano negatywnych skutków pod względem ich sprawności intelektualnej, które wynikałyby ze specyfiki środowiska w którym dorastają (A. Sirdak 2006, s. 244; B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 143).

Adrienne Marcus realizując badania na próbie dzieci pochodzących z rodzin alkoholowych oraz tych dorastających w domach nieborykających się z takim problemem wskazała, że dzieci matek alkoholiczek mają trudności z robieniem postępów w szkole, częściej bywały umieszczane w specjalnych klasach bądź placówkach oświatowych. Uzyskiwały niższe wyniki niż ich rówieśnicy w matematyce, jak również w testach związanych z czytaniem i rozumieniem przeczytanego tekstu. Osiągnięcia szkolne dzieci ojców uzależnionych od alkoholu także prezentowały się na niższym poziomie aniżeli osiągnięcia dzieci wychowywanych przez trzeźwych rodziców[124] (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 140-143).

Można przypuszczać, że w płaszczyźnie postępów edukacyjnych nie płeć pijącego rodzica jest istotna, ile sam fakt wystąpienia choroby alkoholowej w rodzinie i jemu pochodne czynniki, które mogą znacznie utrudniać dzieciom osiąganie wyższych wyników w szkole. Choroba rodziny intensywnie absorbuje uwagę dzieci, które później mają trudności w skupieniu uwagi na zajęciach. Również chaos w domu, który jest jej pochodną, znacznie utrudnia dodatkowe podejmowanie aktywności edukacyjnej i pogłębianie wiedzy w środowisku rodzinnym. Często też dzieci oraz adolescenci z rodziny alkoholowej martwią się trudnościami, konfliktami rodzinnymi oraz realizacją określonych, przydzielonych im zadań w domu (które realizują za nietrzeźwego rodzica) i zapominają o obowiązkach szkolnych bądź nie starcza im sił, by je należycie wypełnić.

Powyższe wnioski potwierdzane są również przez badania realizowane w innych krajach. Potwierdzają one występowanie nieurofizjologicznych, neuropsychologicznych oraz

[124] Rodziców nieuzależnionych od żadnych środków psychoaktywnych.

poznawczych różnić pomiędzy dziećmi i adolescentami dorastającymi w domu z problemem alkoholowym a pozostałymi dziećmi i młodzieżą. Ogólnie stwierdza się, że pierwsza z wymienionych grup prezentuje słabsze osiągnięcia szkolne oraz gorsze wyniki w nauce. Uzależnienie rodzica może być rozpatrywane jako czynnik znacznie przyczyniający się do wystąpienia u dziecka specyficznych trudności w uczeniu się. Jednak istnieją również badania podważające te tezy. Przykładem mogą być te, zrealizowane przez R. Gillen oraz V. Hesselbrock, które nie potwierdziły występowania deficytów intelektualnych u dzieci osób uzależnionych od alkoholu (R. Gillen, V. Hesselbrock 1992).

Nie należy więc postrzegać dzieci z rodzin alkoholowych jednowymiarowo. Jak podkreślała Sharon Wegscheider-Cruse, co zostało także zarysowane w rozdziale odnoszącym się do ról pełnionych przez dzieci wychowywanych w rodzinach alkoholowych, są one także nośnikami zasobów, które mogą zostać wykorzystane, jeśli tylko zostaną dostrzeżone, a sam ich rozwój będzie odpowiednio stymulowany. W płaszczyźnie edukacji szkolnej przede wszystkim Bohater rodzinny będzie zazwyczaj osiągał wysokie wyniki w nauce, co przypisane jest w dużej mierze jego roli. Może on także wykorzystać swoje umiejętności, realizując się w sporcie. Kozioł ofiarny, zamiast zachowywać się w sposób nieaprobowany społecznie, może swoją energię wykorzystać w realizacji aktywności fizycznej. Zagubione dziecko charakteryzuje kreatywne myślenie- może więc rozwijać się artystycznie, z kolei Maskotka ma szansę znaleźć swoje miejsce w sporcie, ale również poprzez działalność artystyczną, np. w kabarecie. W rezultacie, mimo niesprzyjających warunków środowiskowych, każde dziecko z rodziny alkoholowej ma szansę prawidłowo się rozwijać i osiągać sukcesy edukacyjne, a w przyszłości także zawodowe (S. Wegscheider-Cruse 2000).

Istotną rolę w szkole przypisuje się aktywności nauczycieli, wychowawców, konstruktywnym doświadczeniom związanym z relacjami rówieśniczymi, jako czynnikom chroniącym młodego człowieka przed nadmiernym spożywaniem substancji psychoaktywnych, przedwczesną inicjacją seksualną, porzuceniem szkoły i innymi zachowaniami ryzykownymi czy wykształceniem zaburzeń psychicznych. Kształtują one także pozytywną adaptację oraz odporność psychiczną w szczególności u osób z grup ryzyka (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 156).

5.4.2. Dziecko i adolescent z rodziny alkoholowej w grupie rówieśniczej

Grupa rówieśnicza stanowi istotny element socjalizacji dziecka oraz jego rozwoju. Już w momencie, gdy pojawia się tzw. zabawa równoległa, czyli w drugim roku życia dziecka, jest ono bardzo zainteresowane swoimi kolegami i koleżankami oraz nierzadko naśladuje ich zachowania, mimo że raczej bawi się samotnie. Z kolei w wieku przedszkolnym pojawiają się

zabawy wspólne, w których koordynowane są działania różnych dzieci (K. Appelt 2005, s. 112-113). W okresie szkolnym „charakter związków, w których dziecko uczestniczy we wczesnym okresie szkolnym, w istotny sposób wpływa na przebieg jego dalszego życia" (K. Appelt 2005, s. 274). Wiąże się to ze stopniowym rozluźnianiem więzów z rodzicami na rzecz szerszego eksplorowania otaczającej rzeczywistości w relacji z rówieśnikami. Relacje z nimi mają istotny wpływ na rozwój dziecka i jego samoocenę (K. Appelt 2005, s. 274-275). Ponadto „dzieci są bardziej otwarte i oferują swoim bliskim kolegom więcej wsparcia, więcej się uśmiechają, patrzą na siebie, śmieją się razem i dotykają częściej niż w kontaktach z innymi ludźmi; więcej ze sobą rozmawiają, współpracują i pomagają sobie nawzajem" (H. Bee 2004, s. 303). Dlatego bardzo silna jest wówczas potrzeba każdej jednostki do życia w grupie rówieśniczej, a „forma pracy, która umożliwia zaspokajanie potrzeb typowych dla tego wieku, to praca grupowa" (K. Appelt 2005, s. 275).

Z biegiem czasu, gdy młoda osoba wchodzi w okres dojrzewania, charakter relacji rówieśniczych ulega zmianie, niemniej jednak ich istotność wciąż pozostaje taka sama bądź nawet się zwiększa. Opisywanie siebie jako członka danej grupy pozwala nastolatkowi stworzyć oraz wzmocnić swoją tożsamość. Grupa, do której przynależy może okazać się źródłem bezpieczeństwa przez wzgląd na obcowanie z osobami podobnymi w swych zachowaniach i upodobaniach. Równocześnie wśród kolegów i koleżanek dorastająca osoba ma możliwość skonfrontowania tego, jak widzą ją inni z tym, jak sama siebie postrzega. Można wymienić jeszcze szereg innych zalet, które wynikają z przynależności nastolatka do określonej grupy rówieśniczej, niemniej jednak to, na co przede wszystkim należy zwrócić uwagę, to fakt, że będzie ona stanowić ważny element rozwoju jednostki, jej funkcjonowania psychospołecznego oraz kształtowania tożsamości (M. Bardziejewska 2005, s. 360).

Podkreślenia wymaga fakt, że „wraz z rozwojem społecznym, poznawczym i emocjonalnym zmianie ulega także liczba figur przywiązania, pojawiają się nowe, wśród których mają szansę znaleźć się również rówieśnicy" (H. Liberska, K. Głogowska, M. Deja 2016, s. 220). Mogą się oni stać dla jednostki nowym obiektem przywiązania.

Dzieci oraz adolescenci pochodzący z rodzin alkoholowych, ze względu na problemy rodzinne, mogą prezentować większe trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji rówieśniczych aniżeli ich koledzy i koleżanki, których rodzice nie borykają się z takim problemem. Wynika to między innymi z faktu wykształtowania jednego z pozabezpiecznych wzorców przywiązania, które utrudniają wchodzenie w głębokie i bezproblemowe relacje interpersonalne. Nawiązując relacje z innymi osobami, „charakter z nimi więzi przywiązaniowej często jest zgodny z wzorcem wczesnodziecięcym" (H. Liberska, K.

Głogowska, M. Deja 2016, s. 220). Jak wynika z badań realizowanych przez Deborah A. Cohn, uczniowie z pozabezpiecznym stylem przywiązania są oceniani zarówno przez rówieśników, jak i nauczycieli, jako mniej przystosowani społecznie i zajmują niższe pozycje socjometryczne w grupie (D. A. Cohn 1990, s. 152). Charakterystyczna jest także specyfika zachowania dziecka/ adolescenta z określonym stylem przywiązania. Uczniowie ze stylem unikającym mogą być odbierani jako jednostki bierno - agresywne, niechętne do podejmowania współpracy, wycofane. Z kolei uczniowie prezentujący styl ambiwalentny, mogą być postrzegani jako osoby infantylne i nadmiernie zależne, a osoby ze stylem zdezorganizowanym jako nieprzewidywalne. Jak się również okazuje, „związki między rodzajem wczesnodziecięcego przywiązania do opiekuna a poziomem kompetencji społecznych występują w każdej grupie wiekowej bez względu na status społeczno - ekonomiczny osób badanych" (A. Nowotnik 2014, s. 13-14).

Barierami w nawiązywaniu pozytywnych i konstruktywnych relacji dzieci osób uzależnionych od alkoholu z rówieśnikami będą zamknięte granice zewnętrzne rodziny alkoholowej. Mimo że wychowankowie rodziny borykającej się z problemem uzależnienia od alkoholu jej członka, mogą prezentować dobrą sytuację materialną ich rodziców, zazwyczaj stan nietrzeźwości oraz nieprzewidywalność zachowań uzależnionego powodują, że nie chcą one zapraszać swoich rówieśników do domu. W konsekwencji trudno im jest nawiązywać i utrzymywać trwałe i zadowalające relacje rówieśnicze. Nawet jeżeli z zewnątrz będą one sprawiały wrażenie „dobrych" i konstruktywnych, to niekoniecznie dzieci alkoholików będą rzeczywiście tak je postrzegały i dobrze się w nich czuły.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań realizowanych przez Booz-Allen oraz Hamilton nad kształtowaniem relacji interpersonalnych w okresie młodzieńczym u nastolatków wychowywanych przez uzależnionego rodzica. Autorzy wykazali, że aż 87% przebadanych adolescentów prezentowało nieprawidłowe relacje z rówieśnikami, a 64% miało trudności w nawiązywaniu relacji z osobami przeciwnej płci. Spowodowane było to brakiem zaufania oraz nadmierną podejrzliwością (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 167 za: A. Booz, I. Hamilton 1974).

Trudna sytuacja dzieci i nastolatków z rodzin alkoholowych może w sposób pośredni wpływać na dobór przez nich grup rówieśniczych. Mogą one wybierać kolegów i koleżanki o podobnych zachowaniach i nastawieniach, co może być istotnym czynnikiem ryzyka w ich rozwoju, gdy same zachowują się w sposób dezaprobowany społecznie (np. w przypadku Kozła ofiarnego). Określa się to mianem tzw. selekcji rówieśniczej, która, w przypadku dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych, została potwierdzona w badaniach Currana, Stice i Chassina

na grupie 454 osób w wieku między 10 a 15 rokiem życia. Stwierdzili oni, że adolescenci pochodzący z rodzin, w których co najmniej jeden z rodziców boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu, wraz ze swoimi rówieśnikami spożywali więcej środków psychoaktywnych aniżeli ich pozostali koledzy i koleżanki (P. J. Curran, L. Chassin, E. Stice 1997, s. 132).

Badania z zakresu psychopatologii rozwojowej, mimo swej niejednoznaczności, wskazują na istotność płci jako czynnika modyfikującego przebieg rozwoju dzieci osób uzależnionych od alkoholu. Wskazano, że w przypadku chłopców istnieje zwiększone prawdopodobieństwo trudności w płaszczyźnie samoregulacji i kontroli zachowań. Może to skutkować większymi trudnościami w nauce oraz niższymi osiągnięciami szkolnymi. Brak sukcesów oraz konflikty interpersonalne sprzyjają ich wykluczeniu z grup rówieśniczych funkcjonujących w sposób normatywny, a zwiększają prawdopodobieństwo wchodzenia do grup borykających się z podobnymi trudnościami (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 166-167).

Jak wskazuje powyższa charakterystyka relacji rówieśniczych dzieci z rodzin alkoholowych, mogą one borykać się z problemami w kontaktach interpersonalnych. Dzieci te miewają trudności w nawiązywaniu prawdziwych i głębokich relacji oraz w ich podtrzymywaniu. Trudności przez nie prezentowane bywają zauważalne także w płaszczyźnie osiągnięć szkolnych. Niesprzyjająca skupieniu się na realizacji obowiązku szkolnego atmosfera rodzinna, częste kłótnie i brak poczucia bezpieczeństwa, nie stanowią dobrej przestrzeni, w której wychowanek rodziny alkoholowej mógłby poświęcić się nauce i rozwojowi. W rezultacie nierzadko dzieci i adolescenci wychowywani w rodzinie alkoholowej wymagają wsparcia osób z zewnątrz, które pomogą im uporać się z trudnymi emocjami, które przeżywają, doświadczeniami, a w konsekwencji nawiązywać trwalsze i efektywniejsze relacje z innymi ludźmi.

5.5. Wsparcie dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej

5.5.1. Główne obszary wsparcia dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej

Nawiązując do płaszczyzny wsparcia jakiegokolwiek dziecka czy adolescenta, niemającego osiemanstu lat, należy zaznaczyć, że nierzadko, by zostało im ono udzielone, wymagana jest zgoda ich opiekunów prawnych - najczęściej rodziców[125]. O ile w rodzinach,

[125] Taka sytuacja ma miejsce przede wszystkim w sytuacji udzielania im specjalistycznego wsparcia ze strony osób pracujących w różnych instytucjach pomocowych. W przypadku grona pedagogicznego, najczęściej mogą oni nieść pomoc nie uzyskując przy tym oficjalnej zgody rodziców.

które funkcjonują w sposób aprobowany społecznie, rozwiązywanie trudności z pomocą specjalistów z zewnątrz nie stanowi zagrożenia wobec ich tożsamości, o tyle w rodzinie borykającej się z problemem uzależnienia od alkoholu jej członka już tak. Ponadto koncentracja na uzależnionym i problemie, z jakim się boryka, utrudnia dostrzeżenie problemów dzieci, a nawet, jeśli zostaną one zauważone, najczęściej rodzina alkoholowa nie życzy sobie, by ktokolwiek próbował interweniować. Nie należy przy tym zapominać o wspominanych już przeze mnie korzyściach, jakie niesie trwanie w określonej roli w systemie alkoholowym.

Stąd tak istotne jest, by osoby z zewnątrz dostatecznie szybko potrafiły zidentyfikować jednostki, których trudności oraz problemy mogą wynikać z sytuacji, jaka ma miejsce w domu. Gdy do tego dojdzie, wsparcie może być: instytucjonalne i profesjonalne (spotkania z pedagogiem, psychologiem, psychiatrą, w świetlicach środowiskowych itp.) oraz/ lub nieinstytucjonalne (wsparcie rówieśników, dalszej rodziny, sąsiadów itp.).

W rozdziale tym dokonam krótkiej charakterystyki obszarów, w jakich powinna być udzielana pomoc dzieciom oraz adolescentom z rodziny alkoholowej, by w kolejnym odnieść się do możliwych instytucjonalnych form wsparcia tej grupy osób. Na początku wskażę, w jaki sposób powinno się wspierać wszystkie dzieci i adolescentów z rodziny alkoholowej bez względu na role, w których funkcjonują, by następnie nawiązać do typologizacji dzieci alkoholików opracowaną przez wspominaną już Sharon Wegscheider - Cruse i w zależności od charakterologii każdej z ról wskazać, jaki rodzaj wsparcia byłby dla nich najodpowiedniejszy.

Scharakteryzowane przeze mnie w rozdziale dotyczącym rodziny alkoholowej trzy główne zasady, jakie są w niej kultywowane: nie mów, nie czuj, nie ufaj, często stają się kanwą funkcjonowania jej jako całości oraz poszczególnych jej członków. Dzieci bardzo szybko je internalizują, dostoswując do nich swoje funkcjonowanie. Przekładają lojalność wobec nich także w innych obszarach życia, aniżeli wyłącznie w obszarze rodzinnym. Osoby pracujące z dziećmi oraz młodzieżą z rodzin alkoholowych, powinny stopniowo i ostrożnie uczyć je, by zaczęły mówić, ufać oraz czuć. Można tego dokonać poprzez psychoedukację - wskazując i pomagając im w uzewnętrznianiu własnych stanów emocjonalnych. Zdobycie zaufania nie jest jednak łatwe, wymaga wiele czasu i poświęcenia ze strony specjalisty. Warto wobec tego czynami (np. poprzez zainteresowanie) pokazywać dziecku, że jest się dla niego oparciem i że może liczyć na wsparcie. Jeżeli wspomniane zaufanie zostanie zbudowane, wówczas można rozpocząć pracę nad tym, by zaczęło mówić o swoich uczuciach i o tym, co się z nim dzieje oraz w jego życiu (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 63-64).

Istotne jest również, „by poznać strategie obronne dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i umieć rozpoznawać elementy składowe odgrywanych ról – wzorców radzenia

sobie dzieci" (E. Włodarczyk 2016, s. 52). By uprecyzyjnić formy wsparcia i ich efektywność wobec opisywanej grupy osób, należałoby także pokrótce odwołać się do poszczególnych ról oraz ich specyfiki, by na tej bazie wskazać, jakie działania z konkretnym dzieckiem byłyby najefektywniejsze.

Bohaterowi rodzinnemu, który jest nadmiernie odpowiedzialny oraz niezwykle pracowity, należy przedstawić inne formy spędzania wolnego czasu, które nie wiążą się ściśle z wypełnianiem obowiązków. Należy wskazywać im pozytywne aspekty wynikające z relaksu i odpoczynku oraz kłaść nacisk, „by te dzieci nie poświęcały się i nie rezygnowały z potencjalnych korzyści, czerpanych z różnych zajęć, doświadczeń czy interakcji, pod pretekstem, że są zbyt zajęte i przedkładają potrzeby innych nad swoje własne (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 64). Sharon Wegscheider-Cruse podkreśla, że Bohaterowi rodzinnemu należy uświadamiać, że jego potrzeby są równie istotne, co potrzeby innych osób i nie powinien rezygnować z nich, by zadowolić kogoś innego (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 110). Należy wzmacniać u niego poczucie własnej wartości, chwaląc go za to, kim jest, a nie za to, co zrobił. Ważne jest, by wspólnie z Bohaterem rodzinnym cieszyć się z jego sukcesów, ale również nauczyć go sposobów radzenia sobie z porażką (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 64-65).

Kozłowi ofiarnemu można pomóc wówczas, gdy jego zachowanie będzie rozpatrywane, jako wołanie o pomoc, a nie jako atak na drugą osobę. Nie należy postrzegać Kozła ofiarnego jedynie jako jednostkę będącą nośnikiem cech negatywnych, należy spojrzeć na niego przychylniejszym okiem i poszukać zasobów, które posiada, by na ich bazie móc pracować z nim nad zmianą dezadaptacyjnych zachowań. Należy unikać oceniania jego jako osoby, na rzecz oceny jego zachowań. Wówczas ma on szansę ich modyfikacji przy pomocy osoby wspierającej. Istotne jest także chwalenie Kozła ofiarnego za każdą poprawę zachowania i zachęcanie, by dalej w ten sposób postępował (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 67-68).

Dziecku zagubionemu należałoby pomóc „się odnaleźć". Uczynić to można wówczas, gdy pomoże mu się poczuć być częścią grupy, w której funkcjonuje, a przy tym być także ważnym jej członkiem. Należy aktywizować Zagubione dziecko zwłaszcza w tych zajęciach, które wymagają od niego nawiązywania interakcji społecznych. Ponadto nieodzowne jest zwiększanie jego poczucia własnej wartości i tym samym dodawanie mu odwagi do zaistnienia w grupie rówieśniczej (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 69-70; S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 129-130).

Maskotka z kolei wymaga poświęcenia jej wiele wolnego czasu i uwagi. Zyskując jej zaufanie, stopniowo należy jej wskazywać, że ludzie dookoła niej będą ją lubić również wówczas, gdy nie będzie opowiadała dowcipów. Istotne bowiem jest, by nauczyła się

uzewnętrzniać i przeżywać swe prawdziwe emocje i uczucia. Można to ułatwić wykorzystując w interakcji z nią bajkoterapię bądź kukiełki, w celu zilustrowania trudności, z jakimi potencjalnie się boryka. Następnie można wskazać Maskotce właściwe reakcje i emocje, jakie powinny, bądź mogą, jej towarzyszyć, a które niekoniecznie mają jedynie pozytywny wydźwięk (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 70-71; S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 141-144).

Nawiązując do obszarów, w jakich można nieść pomoc nastolatkom dorastającym w rodzinach alkoholowych, należy przede wszystkim zwrócić uwagę zarówno na specyfikę tego okresu rozwojowego i wiążące się z nią potencjalne problemy, ale również na kontekst sytuacyjny, w jakim żyją adolescenci z rodziny alkoholowej.

Bardzo ważna jest **psychoedukacja w zakresie używania środków psychoaktywnych, ich działania oraz konsekwencji zażywania**. Istotne jest, by nie robić tego strasząc młodzież, ale edukując ją. Im większą świadomość dotyczącą specyfiki ich działania będą mieli, tym prawdopodobnie z większą świadomością po nie sięgną bądź odmówią ich zażycia. Szczególnie należałoby to zaakcentować w przypadku nastolatków pochodzących z rodzin alkoholowych, ponieważ, jak wcześniej nadmieniałam, stanowią oni grupę zwiększonego ryzyka uzależnienia od substancji psychoaktywnych (niekoniecznie jedynie od alkoholu).

Ważne jest uwzględnienie **psychoedukacji związanej z seksualnością adolescentów**. Szczególnie w aspekcie metod zapobiegania niechcianej ciąży. Nastolatkom dorastającym w rodzinach borykających się z problemem uzależnienia, nierzadko brakuje elementarnej wiedzy dotyczącej możliwości zajścia w ciążę bądź wiedza ta jest niezwykle fragmentaryczna. Często jest to wynikiem zaabsorbowania wszystkich członków rodziny problemami alkoholika i brakiem czasu, chęci, czy też umiejętności poruszania swoimi dorastającymi dziećmi tak intymnych kwestii, jakimi są te dotyczące seksualności człowieka. Należy zaznaczyć, że zdarza się, w szczególności w przypadku Kozłów ofiarnych, dość wczesne rozpoczęcie inicjacji seksualnej. Bywa, że dziewczęta odgrywające tę rolę w stosunkowo młodym wieku zachodzą w ciążę (S. Wegscheider-Cruse 2000, s. 116).

Niezależnie od tego, czy pomoc ukierunkowana jest wobec dzieci, czy adolescentów z rodzin alkoholowych, można także wykorzystać następujące metody umożliwiające ich realizację podczas zajęć szkolnych w pracy z całą klasą.

a) **Praca w grupie**: dzięki takiej formie zajęć dzieci nie doświadczają osamotnienia, uczą się, że ze swoimi problemami nie muszą pozostawać same, rozwijają umiejętności współpracy oraz komunikacji, mogą poczuć się

wartościowe oraz akceptowane. Mają możliwość doświadczania nowych form rozwiązywania trudności dzięki informacjom zwrotnym innych uczestników w grupie, co jest bardzo istotne w przypadku dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych, które często nauczone są schematycznego sposobu (nie)rozwiązywania problemów (M. Goetz 2014, s. 16-17).

b) **Gry i zabawy**: stanowią one jedną z podstawowych metod terapeutycznych wobec dzieci oraz młodzieży wychowywanych w rodzinach dysfunkcyjnych. Czasami, w szczególnie trudnych przypadkach, należy je nauczyć, w jaki sposób się bawić, bowiem nie miały one okazji tego doświadczyć w domu rodzinnym. Dzięki takiej formie aktywności jednostka ma okazję odreagować napięcie emocjonalne, uczyć się współpracy, komunikacji. Zabawa również rozwija i edukuje. Można wyróżnić: zabawę w teatr i psychodramę, gry planszowe oraz towarzyskie, gry pozbawione elementu rywalizacji (M. Goetz 2014, s. 16-17).
c) **Arteterapia**: zajęcia oparte na twórczości, której wyraz mogą dać osoby w nich uczestniczące w formie rysowania, malowania, wycinania, wyklejania, modelowania itp. Wykorzystując potencjał twórczy dzieci i młodzieży, mają możliwość ekspresji siebie, jak również własnych, często tłumionych emocji. Zajęcia arteterapeutyczne wpływają pozytywnie na samoocenę jednostki. Podczas nich może ona przepracowywać trudności, z którymi boryka się indywidualnie bądź/ i w systemie rodzinnym (M. Goetz 2014, s. 16-17).
d) **Biblioterapia**: polega na wykorzystaniu książek i opowiadań o określonej treści tematycznej, w celu prezentowania różnych problemów oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Dzieci i młodzież mają możliwość konfrontacji z własnymi emocjami oraz z różnymi, hipotetycznymi sytuacjami problematycznymi (M. Goetz 2014, s. 16-17).
e) **Scenki filmowe**: wykorzystując scenki filmowe młodzi ludzie mogą utożsamić się z bohaterami filmików (którzy często borykają się z bardzo podobnymi problemami, co ich odtwórcy), pozostając równocześnie w bezpiecznej sytuacji grupowej. Należy przy tym zwrócić uwagę na specyfikę odgrywanej sceny i dostosować ją do możliwości emocjonalnych osób je odgrywających i ich potrzeb (M. Goetz 2014, s. 16-17).

Wsparcie zarówno dzieci, jak i nastolatków pochodzących z rodzin alkoholowych, powinno koncentrować się na umożliwieniu im rozpoznawania i wyrażania własnych emocji w sposób konstruktywny, wzmacniania ich poczucia własnej wartości oraz na wnikliwszej

analizie własnego postępowania, jego źródeł i ewentualnej możliwości zmiany. Taka pomoc jest niezwykle istotna, zwłaszcza w najwcześniejszym etapie ich życia. Bowiem czym szybciej dokona się modyfikacji określonych zachowań i podejmie działania prewencyjne, tym większe są szanse, że dzieci te będą bardziej konstruktywnie radziły sobie w życiu i efektywniej funkcjonowały na co dzień. Jak podają Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden, „działania interwencyjne, podjęte w wieku przedszkolnym, mogą przerwać przenoszenie choroby alkoholowej, zanim negatywne wzory zachowań utrwalą się na dobre" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 161).

5.5.2. Instytucjonalne formy wsparcia dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej

Pierwsze formy wsparcia dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych mają swój zalążek w Stanach Zjednoczonych, gdzie w drugiej połowie XX wieku powstały pierwsze grupy samopomocowe przeznaczone tej grupie osób. Założycielem wspólnoty był chłopiec imieniem Bob, którego ojciec uczestniczył w spotkaniach grup AA (B. T. Woronowicz 2001, s. 113-114).

Grupy Alatot, Alakid, Preteen Alateen są dla dzieci między 7-8 a 12 rokiem życia, na których życie znacząco wpłynęła choroba alkoholowa rodzica. Ich funkcjonowanie opiera się na Programie Dwunastu Kroków (B. T. Woronowicz 2001, s. 114). Na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych można znaleźć informacje, które akcentują celowość istnienia omawianych grup, w tym między innymi: dzielenie się doświadczeniami, nadzieją oraz siłą z innymi ludźmi, rozmawianie o trudnościach, udzielanie wzajemnego wsparcia oraz uczenie się radzenia sobie z napotkanymi trudnościami. (http://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/al-ateen).

Jedną z najbardziej dostępnych form wsparcia instytucjonalnego dzieci i młodzieży jest pomoc **psychologa bądź/ i pedagoga szkolnego**. Często to oni, we współpracy z nauczycielem bądź wychowawcą klasy, jako pierwsi zauważają, że uczeń boryka się z jakimiś trudnościami. Mimo, że w szkole nie przeprowadza się terapii, to jednak samo wysłuchanie, zainteresowanie okazane dziecku może być dla niego bardzo ważne. W przypadku zauważalnej konieczności udzielenia pomocy ze strony specjalistów z zewnątrz i braku zgody rodziców, zarówno pedagog, jak i psycholog szkolny dysponują narzędziami (interwencja poprzez sąd rodzinny), za pomocą których mogą „zmusić" rodziców do udzielenia dziecku pomocy, a ich samych przekonać, by udali się po specjalistyczne wsparcie.

Jednym z rodzajów wsparcia instytucjonalnego dzieci i młodzieży są **grupy socjoterapeutyczne**[126]. W całej Polsce istnieje szereg placówek, w których organizowana jest forma pomocy w postaci zajęć socjoterapeutycznych. Zarówno na terenie szkoły, jak również w specjalnych ośrodkach socjoterapeutycznych. Wynika to ze skali problemów, jakie istnieją w Polsce i są spowodowane uzależnieniem od alkoholu jednostek, ale również z *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*. W art. 4[1] omawianej ustawy wskazuje się, że jednym z zadań samorządów gminnych jest „udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie" (Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi 1982, s. 8).

W świetlicach realizujących program socjoterapeutyczny dokonuje się diagnozy sytuacji dziecka, ale także pomaga w zaspokajaniu jego potrzeb rozwojowych. Zajęcia w nich prowadzone powinny być dostosowane zarówno do możliwości, jak również potrzeb każdej jednostki w nich partycypującej. Świetlice socjoterapeutyczne, uwzględniając wcześniej założone cele, mają oddziaływać na jednostkę w kilku sferach: opiekuńczej, wychowawczej oraz terapeutycznej (W. Sikorski 2014, s. 68-69). W przypadku dzieci i młodzieży wychowywanych przez osobę uzależnioną od alkoholu, bardzo istotne jest, że podczas zajęć socjoterapeutycznych mogą one nauczyć się mówić otwarcie o swoich trudnościach, przeżyciach oraz mają szansę zaufać innym osobom. Ważne jest również, by w ramach realizacji działań w świetlicy socjoterapeutycznej uwzględnić współpracę z rodzicami dzieci, bowiem „zmiana musi dotyczyć funkcjonowania rodziny w różnych aspektach, nie tylko w sferze wychowawczej, ponieważ tylko wtedy rodzina może być prawidłowym środowiskiem wychowawczym dla dziecka. Skoncentrowanie pomocy na samych dzieciach jest mało efektywne, a nawet może spowodować niekorzystne skutki" (E. Dallemura 2013, s. 11)[127].

Wśród różnych form pomocy dzieciom i młodzieży z rodzin alkoholowych realizowane są także programy tworzone przez specjalistów, a organizowane w placówkach, które zawierają ich skoordynowane działania w płaszczyźnie wsparcia zarówno wychowanków, jak i członków

[126] **Socjoterapia**, zgodnie z podejściem Ośrodka Rozwoju Umiejętności Wychowawczych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, rozumiana jest jako proces korekcyjny o charakterze leczniczym, który adresowany jest do dzieci i młodzieży. W tej formie pomocy głównym czynnikiem zmiany niekorzystnych wzorców zachowania są przede wszystkim odreagowanie emocjonalne, doświadczenia korekcyjne oraz nabywanie nowych umiejętności (K. Sawicka 2010, s. 10-18). Pierwotnie była realizowana wobec dzieci osób uzależnionych od alkoholu, jednak aktualnie stosuje się ją również wobec większości dzieci i młodzieży, które mają rozpoznanie zaburzeń zachowania i zaburzenia emocjonalne (W. Sikorski 2014, s. 12).

[127] Zob. także: Dallemura E. (2013). *Praca z dziećmi i rodzicami w świetlicy socjoterapeutycznej* [w:] „*Świat Problemów*" nr 7 (66); Węcek M. (2014). *Pomoc rodzinie w świetlicy socjoterapeutycznej* [w:] „*Świat Problemów*" nr 6 (257).

ich rodzin. Omawiane programy najczęściej realizuje sztab specjalistów, uwzględniając wiele różnorodnych czynników w procesie udzielanego wsparcia.

Niezależnie od rodzaju pomocy wystosowanej wobec dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych, jej efektywność będzie przede wszystkim zależała od jakości relacji pomiędzy dawcą a biorcą wsparcia. Ważna jest przy tym okazywana cierpliwość oraz empatia specjalistów, bowiem tylko taka postawa sprzyja wytworzeniu naturalnej, pogłębiającej się relacji zbudowanej na wzajemnym szacunku oraz zaufaniu (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 226) i może działać ochronnie wobec wystąpieniu, bądź pogłębianiu, trudności w życiu dorosłym osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej.

ROZDZIAŁ VI

Dorosłość DDA- aspekty teoretyczno- empiryczne

Trudności, z jakimi borykają się dorosłe dzieci alkoholików, w dużym stopniu ukierukowują uwagę zarówno teoretyków, jak i praktyków, na ich specyfikę funkcjonowania, genezę problemów, możliwe kierunki przeciwdziałania ich występowaniu i zwiększania efektywności wsparcia. Szczególną uwagę poświęca się tym dorosłym osobom pochodzącym z rodziny alkoholowej, które mimo niesprzyjających warunków środowiskowych funkcjonują satysfakcjonująco w płaszczyźnie społecznej i indywidualnej. W konsekwencji, coraz częściej dokonuje się prób identyfikacji czynników ochronnych występujących w ich życiu.

W literaturze przedmiotu dokonuje się wielu różnorodnych ujęć teoretycznych, hipotez związanych z funkcjonowaniem opisywanej grupy osób. Nie sposób przywołać ich wszystkich. W konsekwencji, w rozdziale tym, chciałabym skupić się przede wszystkim na: aspekcie związanym z ujęciami terminologicznymi dorosłych dzieci alkoholików dokonywanymi przez różnych autorów- polskich oraz zagranicznych, trudnościach z jakimi się borykają, a które często stanowią konsekwencję dorastania w rodzinie alkoholowej, koncepcji *resilience*, coraz częściej przywoływanej w literaturze przedmiotu i o której już wzmiankowałam nie dookreślając jej głównych założeń, jak również możliwościach różnych form wsparcia dorosłych dzieci alkoholików.

6.1. Ujęcia terminologiczne i stan badań

Termin dorosłe dzieci alkoholików (DDA) pojawił się dopiero w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku opisując jednostki, które mimo opuszczenia alkoholowego systemu rodzinnego, wciąż borykały się z problemami natury psychologicznej i społecznej, a wspólną ich charakterystyką było dorastanie w rodzinie, w której występował problem alkoholowy u co najmniej jednego z jej członków (S. Ślaski 2005, s. 37).

Wiedza dotycząca dorosłych dzieci alkoholików jest niezwykle zróżnicowana i bogata, co nierzadko skutkuje dywagacjami odnoszącymi się do definiowania oraz rozumienia niniejszej grupy społecznej (K. Gąsior 2012, s. 15). Świadomość, że uzależnienie od alkoholu członka rodziny może mieć negatywne konsekwencje dla funkcjonowania jego dzieci zaczęła być dostrzegana w USA wraz z końcem XIX wieku. W związku z czym, pierwsze wzmianki nawiązujące do dorosłych dzieci alkoholików pojawiły się dopiero w XIX i XX wieku, co było usankcjonowane rosnącym zainteresowaniem nad funkcjonowaniem osób uzależnionych od

alkoholu i członków ich rodzin. Mówiono wówczas o niepełnosprawności umysłowej dorosłych dzieci alkoholików, która miała być uwarunkowana czynnikami dziedzicznymi ojców nadużywających alkoholu. Z biegiem czasu i coraz większą ilością prowadzonych badań, naukowcy wyodrębnili syndrom DDA. Powstanie tego terminu było także powiązane z działalnością ruchu AA, a w szczególności Anonimowych Rodzin Alkoholików- Al- Aten, których członkowie zaobserwowali u siebie szczególne podobieństwo lęków, doświadczeń oraz zahamowań. **Janet Woititz** była pierwszą osobą, która dokonała monograficznego opisu tego typu osobowości w swojej książce zatytułowanej „Dorosłe Dzieci Alkoholików" (A. Margasiński 2011, s. 129). Jak pisze: „Nie rozpoznaliśmy w pełnym wymiarze ryzyka, na jakie byli narażeni. Czas, żeby określić ich dokładniej. Czas nazwać ich DDA (Dorosłymi Dziećmi Alkoholików)" (J. G. Woititz 1992, s. 6). Wskazuje przy tym istotność zwrócenia uwagi na specyficzne problemy, z którymi muszą zmierzyć się dzieci osób uzależnionych od alkoholu, ponieważ ich weryfikacja oznacza „daleko idące konsekwencje dla ich leczenia" (J. G. Woititz 1992, s. 6).

Pierwsze badania koncentrujące się na funkcjonowaniu dzieci wychowujących się w domu, w którym istnieje problem alkoholowy pojawiły się dopiero w 1969 roku w książce **Margaret Cork** zatytułowanej: *„The forgotten children: A study of children with alcoholics parents"*. Autorka, kierując w Toronto doradztwem dla młodzieży, przebadała łącznie 115 dzieci wychowywanych w rodzinach alkoholowych i tym samym wskazała w swojej publikacji na pojawiające się w tej grupie osób problemy psychologiczne, takie jak niepokój, lęk, depresja, próby samobójcze. Zauważyła równocześnie, że w momencie powrotu alkoholika do trzeźwości, pozostali członkowie rodziny mają trudności ze zmianą swojego funkcjonowania i przystosowania się do nowej sytuacji. W konsekwencji Margaret Cork zalecała leczenie nie tylko uzależnionego, ale także całego systemu rodzinnego (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 235; S. Ślaski 2005, s. 37).

Od tego czasu zaczęto przeprowadzać coraz więcej badań poświęconych funkcjonowaniu psychospołecznemu dorosłych dzieci alkoholików. Mimo, że osoby biorące w nich udział pochodziły z różnych środowisk, to z jednej strony- wskazywały na pewne cechy wspólne, z drugiej- tworzyły grupę niezwykle heterogeniczną w kontekście psychopatologii oraz jej nasilenia, jak również ze względu na płeć badanych (J. Chodkiewicz, Wilska A. 2008, s. 136).

Kolejną postacią, która wniosła istotny wkład w rozumienie funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików jest **Sharon Wegscheider - Cruse**, która stworzyła w 1974 roku grupy dla dzieci alkoholików. Jej praca, a także wieloletnia współpraca z innymi terapeutami

zaowocowała wyszczególnieniem oraz nazwaniem ról, jakie pełnią dorosłe dzieci alkoholików w systemie alkoholowym. Autorka, pisząc o problematyce dorosłych dzieci alkoholików, wskazuje, że mogą być one także określane mianem osób współuzależnionych: „do najbardziej podatnych na współuzależnienie należą współmałżonkowie oraz dzieci alkoholików i osób uzależnionych od innych środków chemicznych. Szczególnie wysokie ryzyko dotyczy dorosłych dzieci; one już na wczesnym etapie rozwoju, wzrastając w obrębie dysfunkcyjnego systemu rodzinnego, nauczyły się nieprawidłowych zachowań w radzeniu sobie z problemami" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 239). Wyodrębnia przy tym charakterystyczne dla osób współuzależnionych „objawy choroby", takie jak: zaprzeczenie/ iluzje; zachowania przymusowe; wypieranie (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 235- 236; 240- 243; A. Margasiński 2011, s. 130).

Podobnie do Sharon Wegscheider - Cruse, istotność wpływu rodziny na funkcjonowanie jednostki podkreśla **John Bradshaw** pisząc w swojej książce zatytułowanej „*Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*", że „podczas gdy zawsze było wiadomo, że rodzina na nas wpływa, teraz odkryto, że wpływ ten przekracza wszystko co można sobie wyobrazić" (J. Bradshaw 1994, s. 11). Równocześnie autor podkreśla istotność wywoływania wstydu w procesie wychowywania dziecka. Powołując się na Kaufmana pisze, że „wstyd jest źródłem większości zaburzających stanów wewnętrznych, które są sprzeczne z pełnym życiem ludzkim" (J. Bradshaw 1994, s. 12). John Bradshaw nadaje dużą rangę niniejszemu stanowi emocjonalnemu twierdząc, że „uszkadza ono wewnętrzne Ja jednostki w konsekwencji bolesne staje się doświadczanie siebie, co zwrotnie powoduje kompensowanie tego stanu w postaci fałszywego Ja" (J. Bradshaw s. XVII- XVIII; tłum. Dorota Dolata). Autor, przy opisie funkcjonowania systemu rodzinnego i powołując się na role odgrywane przez dorosłe dzieci alkoholików wskazuje na ich (dzieci i rodziców) zakorzenienie we wstydzie, który nadaje dynamikę odgrywaniu przypisanych im ról. W konsekwencji, rezultatem dysfunkcjonalności takiej rodziny jest współuzależnienie, nazwane przez Johna Bradshaw chorobą, która dosięga każdą jednostkę będącą częścią dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego (J. Bradshaw 1994, s. 197)[128].

[128] Należy podkreślić, że definicję współuzależnienia Johna Bradshawa nierzadko zalicza się do tych, które traktują je, jako zaburzenie osobowości. Sam autor przedstawia niniejszą problematykę trojako, z jednej strony, jeden z podrozdziałów swojej książki „*Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga zrozumienia samego siebie*" został zatytułowany „*Najbardziej powszechna choroba rodziny- współuzależnienie*", z drugiej jednak strony, opisując omawiane zjawisko pisze: „współuzależnienie to rozpoznawalny wzór sztywnych cech osobowości, zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie będącym rezultatem zaniedbania, które zazwyczaj dotyczy każdej osoby w systemie dysfunkcjonalnym" (J. Bradshaw 1994, s. 199- 200). W dalszej części szeroko odwołuje się do istotności stresora w rodzinie, którego odpowiednikiem są zachowania osoby uzależnionej. Dlatego trudno jednoznacznie odnieść się do tego, jak współuzależnienie jest precyzowane przez tego autora. Mimo nazwania go

Istotnymi osobami zajmującymi się problematyką funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików są także **Timmen Cermak** oraz **Jacques Rutzky**. Pierwszy z nich, jak pisze we wstępie do książki „*Czas na wyleczenie. Stopnie do wyzdrowienia dla dorosłych dzieci alkoholików*" urodził się jako syn alkoholika, co, jak sam wskazuje, rzutowało na jego sposób funkcjonowania społecznego. Jako pierwszy w historii wprowadził grupę psychoterapeutyczną dla dzieci wychowujących się w domu z problemem alkoholowym. Jego doświadczenie zainicjowało kontakt z Jacquesem Rutzky, z którym współpraca zaowocowała napisaniem książki i wyodrębnieniem kilkunastu cech charakteryzujących dorosłe dzieci alkoholików, a które są konsekwencją nieobecności fizycznej bądź emocjonalnej jednego z rodziców. Jak wskazują autorzy, „problemy charakterystyczne dla DDA nie odbiegają daleko od zwykłych problemów życiowych, doświadczanych przez większość ludzi. W niektórych przypadkach problemy te występują z większą intensywnością dla DDA, w innych zaś DDA postrzegają je jedynie jako częstsze i bardziej intensywne nić u >>normalnych<< ludzi" (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 21). Wśród omawianych trudności autorzy wymieniają następujące: lęk prze utratą kontroli, lęk przed uczuciami, lęk przed konfliktem, bardzo duże poczucie odpowiedzialności, poczucie winy, niezdolność do odprężenia się oraz spontanicznej zabawy, ostra, bezsilna samokrytyka, życie w świecie zaprzeczeń, trudności z utrzymywaniem bliskich kontaktów, pozostawanie w roli ofiary, zachowania kompulsywne, tendencja do mylenia miłości z litością, lęk przed porzuceniem, myślenie kategoriami „białe lub czarne" w sytuacjach trudnych, skłonność do uskarżania się na problemy fizyczne, cierpienie wynikające z nieprzepracowanego uczucia żalu, przewaga reagowania nad działaniem oraz zdolność przetrwania (T. L. Cermak, J. Rutzky 2011, s. 21- 19).

Dorosłymi dziećmi alkoholików interesowała się także **Susan Forward**, która w swoich pozycjach książkowych uwzględniała przede wszystkim nieufność będącą powodem „okaleczenia" jednostki funkcjonującej w toksycznej relacji ze swoimi rodzicami. Autorka wskazuje, że niezależnie od formy, jaką przybierała relacja z toksycznym rodzicem (stosowanie przez opiekuna przemocy psychicznej/ fizycznej, seksualnej, nadużywanie środków psychoaktywnych itd.) wychowankowie zawsze prezentują podobne do siebie symptomy funkcjonowania: zachwianie poczucia własnej wartości, które w konsekwencji prowadzi do

(współuzależnienia) chorobą, jego charakterystyka pozwala na zaklasyfikowanie jego definicji w grupie tych, które traktują współuzależnienie, jako zaburzenie osobowości, bądź jako reakcję na stres. W tym podrozdziale poruszyłam problematykę współuzależnienia prezentowaną przez tego autora celem wskazania podobieństwa do tez przytaczanych przez Sharon Wegscheider - Cruse, jednak jednoznacznie zdecydowałam się na zaklasyfikowanie jego teorii w obrębie tych, traktujących współuzależnienie jako zaburzenie osobowości, co zostanie szczegółowo wyjaśnione w dalszej części niniejszej pracy.

zachowań autodestrukcyjnych. Susan Forward upatruje przy tym świadome, bądź nie, obwinianie się dzieci za doświadczane przez rodziców zniewagi, a w konsekwencji w życiu dorosłym dźwiganie ciężaru winy utrudniające im zbudowanie pozytywnego obrazu samych siebie (S. Forward 1992, s. 6-7).

Powyżej zostali przywołani najczęściej cytowani zagraniczni autorzy podejmujący problematykę dorosłych dzieci alkoholików. Należy przy tym wskazać na ich niewymowne zasługi w zakresie wiedzy odnoszącej się do funkcjonowania jednostek dorastających w systemie alkoholowym, jak również ich funkcjonowania psychospołecznego w dorosłości. Ich badania, pomoc świadczona jednostkom, które funkcjonowały w rodzinie w problemem alkoholowym, zaowocowały początkiem zgłębiania tej problematyki także na gruncie polskiej rzeczywistości.

Andrzej Święcicki był najprawdopodobniej pierwszą osobą w Polsce, która zwróciła uwagę na problemy, z jakimi borykają się dzieci, których co najmniej jeden z rodziców wykazywał problem alkoholowy, a **Irena Obuchowska** wskazała, że nadużywanie bądź używanie alkoholu przez rodziców nie musi stanowić istotnego czynnika dla ich przyszłego rozwoju (K. Gąsior 2012, s. 21).

Pierwszymi osobami, które zajęły się psychoterapią dorosłych dzieci alkoholików byli **Jerzy Mellibruda** i **Zofia Sobolewska- Mellibruda**, a jednostkami, które dokonały syntetycznego przeglądu badań oraz literatury nad tą grupą osób byli **Sławomir Ślaski** oraz **Lidia Cierpiałkowska**. Wśród polskich autorów warto także wspomnieć o **Andrzeju Margasińskim** i **Iwonie Grzegorzewskiej**, którzy również zajmują się problematyką dorosłych dzieci alkoholików (K. Gąsior 2012, s. 21- 22).

Powyżej zostały pokrótce zarysowane najistotniejsze aspekty rozwoju badań nad problematyką dorosłych dzieci alkoholików w Polsce i za granicą. Oprócz prac przeglądowych, czy tych opartych na doświadczeniach z pracy terapeutycznej autorów, można także spotkać się z krytycznym ustosunkowaniem się wobec tematyki związanej z wychowankami dorastającymi w systemie alkoholowym.

Migs Woodside w artykule zatytułowanym „*Research on Children of Alcoholics: past and future*" wskazuje na wielość różnorodnych badań odnoszących się do funkcjonowania tej grupy osób podkreślających negatywne konsekwencje wynikające z uzależnienia ich rodziców. Z drugiej strony nadmienia, że wiele osób wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym funkcjonuje w dorosłości co najmniej dobrze i nie wykazuje żadnych głębszych problemów ze zdrowiem psychicznym. Co więcej, Migs Woodside pisze, że realizowane wówczas badania, odnoszące się do czynników ryzyka oraz czynników chroniących, były zbyt

ograniczone i ubogie, by mogły wskazywać jednoznacznie, że dzieci z rodzin alkoholowych są w znacznie większym stopniu narażone na występowanie różnej skali problemów w funkcjonowaniu aniżeli pozostałe dzieci (M. Woodside 1988, s. 787).

Równie krytycznie, co Migs Woodside, odnieśli się do problematyki dorosłych dzieci alkoholików Julie J. Giglio oraz Edward Kaufman, którzy w artykule zatytułowanym „*The relationship between child and adult psychopatology in children of alcoholics*" wskazują na wyniki licznych badań naukowych, które zostały opisane w literaturze przedmiotu od 1960 roku i które równocześnie podkreślały przyczynowo- skutkowość w relacji: dzieci z rodzin alkoholowych – ich późniejsze problemy psychospołeczne. Takie uproszczone spojrzenie utrudniało holistyczne ujęcie opisywanej problematyki i dostrzeżenie całego szeregu struktur regulacyjnych i wkładu pozostałych członków w utrzymywaniu objawów chorobowych alkoholika (J. J. Giglio, E. Kaufman 1990, s. 263- 264; K. Gąsior 2012, s. 21).

Istotnego oraz obszernego przeglądu literatury dokonała także Stephanie L. Harter, która w swojej publikacji „*Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empiricial*" przeanalizowała dane ukazujące się do 1987 roku i odnoszące do funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików. Zadała istotne pytanie o celowość promowanego ówcześnie syndromu DDA w pracy terapeutycznej z tymi osobami (L. Harter 2000, s. 333; K. Gąsior 2012, s. 21).

Najbardziej aktualnego przeglądu literatury dokonali Cathy W. Hall wraz z Raymondem E. Websterem, którzy w swojej publikacji skoncentrowali się na analizie czynników ryzyka oraz odporności wśród dorosłych dzieci alkoholików. Konkludując nadmieniają, że czynniki korelujące z alkoholizmem jednego z członków rodziny są niezwykle złożone i wykraczają poza zwykły schemat: bodziec- reakcja, który mógłby być determinantem wystąpienia problemów w funkcjonowaniu tej grupy osób. Wskazują na istotność czynników ochronnych, takich jak np. wsparcie i pomoc środowiska zewnętrznego (rówieśników, sąsiadów, pozostałych członków rodziny itp.), które ułatwiają jednostce prawidłowe funkcjonowanie mimo niesprzyjających warunków środowiskowych, w których jest wychowywana (C. W. Hall, R. E. Webster 2007, s. 500; 507).

Powyżej zarysowane główne aspekty związane z analizą literatury odnoszącej się do dorosłych dzieci wychowanych w domach, w których jeden z członków borykał się z problemem alkoholowym oraz wszelkie dane zarysowujące ich funkcjonowanie psychospołeczne są głównie rezultatem trzech zjawisk:

1. Analizy, jak również badań, które wynikały z praktyki klinicystów oraz terapeutów zaangażowanych w problematykę alkoholizmu (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko

2010, s. 253). Szczególne znaczenie przypisywane jest tym osobom, których praca i zaangażowanie w terapię rodzin z problemem alkoholowym, a w szczególności tworzenie nowych modeli pomocy, zaowocowały stworzeniem koncepcji współuzależnienia (koalkoholizmu). Dzięki temu zaczęto spostrzegać chorobę jednego członka rodziny w kontekście całościowym, z perspektywy uwikłania wszystkich osób z nim mieszkających i przebywających. Badania realizowane przez klinicystów bazowały przede wszystkim na próbie osób korzystających z pomocy psychoterapeutycznej, w związku z czym najczęściej realizowano opisy poszczególnych przypadków. Budziło to szereg wątpliwości związanych z rzetelnością tak prowadzonych badań oraz z nadmiernym uogólnianiem wystosowywanych na ich podstawie wniosków. Jednakże bardzo istotnym aspektem był ten związany ze zwróceniem uwagi także na korelację między doświadczeniami z dzieciństwa osób wychowujących się w rodzinach alkoholowych a ich funkcjonowaniem w życiu dorosłym (K. Gąsior 2012, s. 16).

2. Obserwacje będące pochodnymi ruchów grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików, a w późniejszym okresie także grup rodzinnych Al- Ateen, Al- Anon, czy grup samopomocowych przeznaczonych dorosłym dzieciom alkoholików[129] (K. Gąsior 2012, s. 16- 17).
3. Badania naukowe, które miały charakter retrospektywny oraz prospektywny. Profil dorosłych dzieci alkoholików wystosowany za pomocą badań psychometrycznych różni się znacząco od profilu, który zostaje zaprezentowany na bazie dwóch wcześniej wymienionych źródeł, prezentujących niezwykle zbliżony sposób funkcjonowania psychospołecznego tej grupy osób (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 253). Zainteresowanie społeczne, jak również badania naukowe odnoszące się do problematyki funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików można podzielić na dwa okresy:
    a) Okres kazuistyczny trwający do końca lat osiemdziesiątych XX wieku, który był związany z poszukiwaniem poprawnej metodologii badań. W tym czasie powstawały przede wszystkim kliniczne opisy dzieci wychowujących się w rodzinie alkoholowej, bardzo zróżnicowane metodologicznie. Próbę badawczą stanowiły najczęściej osoby, które korzystały z pomocy specjalistów (K. Gąsior 2012, s. 17).

[129] Wątek dotyczący nazewnictwa grup samopomocowych oraz specyfiki ich funkcjonowania i rozwoju zostanie szerzej poruszony w dalszej części pracy.

b) Okres, który wiązał się ze stosowaniem metodologii wykraczającej poza model deterministyczny obejmujący okres ostatnich dwudziestu lat. Wówczas skupiano się przede wszystkim na potwierdzeniu oraz określeniu syndromu DDA, dysfunkcjonalności systemu alkoholowego, czynników, które predysponują jednostkę do nadużywania środków psychoaktywnych oraz czynników chroniących przed psychopatologią. Przeprowadzane początkowo badania okazywały się w wielu kwestiach niejednorodne i dopiero okres ostatnich dwóch dekad wskazuje na wzajemne uzupełnianie się otrzymywanych danych empirycznych (K. Gąsior 2012, s. 18).

Współczesna wiedza dotycząca funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików bazuje na wcześniejszej empirycznej falsyfikacji hipotez odnoszących się do tej grupy badanych. W szczególności bazowano na badaniach jakościowych realizowanych przez klinicystów oraz specjalistów współpracujących z członkami systemu alkoholowego. Również dzięki wnikliwej analizie dostarczonych danych, artykułów naukowych, udało się pewne aspekty i przypuszczenia potwierdzić, inne odrzucić bądź poddać w wątpliwość. Dzięki temu wiedza odnosząca się do problematyki dzieci wychowywanych w rodzinach alkoholowych jest znacznie bogatsza, a tym samym podejmowane formy pomocy i wsparcia oraz możliwość zapobiegania ewentualnym negatywnym skutkom wynikającym z dorastania w systemie alkoholowym, są znacznie większe. W konsekwencji, mimo wystosowywanych krytycznych uwag związanych z użytecznością, tudzież rzetelnością tak realizowanych badań, jak pisze Krzysztof Gąsior, „są one jednak niezbędne do uzupełnienia i poszerzenia wiedzy dotyczącej wpływu rodziny pochodzenia na funkcjonowanie człowieka w późniejszych okresach życia" (K. Gąsior 2012, s. 18).

6.2. Funkcjonowanie psychospołeczne

Główne zadania rozwojowe okresu dorosłości

Okres dorosłości jest najdłuższym etapem w życiu jednostki, bowiem obejmuje przedział czasowy od około dwudziestego piątego roku życia, aż po jego kres (wyodrębnia się także okres wczesnej dorosłości rozpoczynający się mniej więcej w dwudziestym roku życia jednostki). Niemniej jednak, ramy czasowe jego rozpoczęcia nie są sztywne, bowiem wyznaczane są nie przez wiek metrykalny, ale przez podjęcie „zobowiązań w pewnych obszarach aktywności i na trwaniu w ich realizacji pomimo przeszkód fizycznych, społecznych czy psychologicznych" (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 297), a potencjał

dorosłości „tkwi nie tyle w umiejętności podejmowania wyzwań, ile w realistycznym budowaniu wizji przyszłości, stawianiu celów ambitnych, ale możliwych do osiągnięcia i braniu odpowiedzialności za efekty swoich autonomicznych wyborów" (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 297). Nie sposób szczegółowo scharakteryzować wszystkich zadań tego okresu rozwojowego, w związku z czym wskażę jedynie najistotniejsze z mojej perspektywy, do których będę nawiązywać w odniesieniu do dorosłych dzieci alkoholików.

Jednym z najważniejszych wydarzeń okresu wczesnej dorosłości jest **wyprowadzka z domu rodzinnego, czyli fizycznie przeprowadzony proces separacji- indywiduacji jednostki od rodziców**. Wiąże się przede wszystkim z powzięciem całkowitej odpowiedzialności za samego siebie, swoje czyny oraz nauką samodzielności. Na tym etapie młody dorosły musi sam zadbać o swoje życie np. pod względem ekonomicznym. Ważna jest przy tym samodyscyplina i organizacja (H. Bee 2004, s. 433- 434), ponieważ „bycie dorosłym wymaga pełnej koordynacji własnych planów z oczekiwaniami społecznymi, odnalezienia własnego miejsca zgodnie z określonymi normami społecznymi" (J. Wojciechowska 2005, s. 484).

Kolejną i niezwykle istotną zmianą w życiu młodego dorosłego jest **przyswajanie nowych ról społecznych i uczenie się funkcjonowania w nich**. Wśród omawianych ról można wyróżnić rolę studenta, pracownika, partnera/ męża/ żony, ojca/ matki, babci dziadka (w późniejszym okresie dorosłości) itd. Jeżeli jednostka jest gotowa, by podjąć się ich realizacji i związanych z nimi obowiązków, wówczas nie dochodzi do konfliktów inter- i intrapersonalnego, które mogą się pojawić, gdy dana osoba przedwcześnie podejmie się realizacji określonej roli nie będąc na nią gotowa psychicznie. Wzmiankowane konflikty powstały „w wyniku oddziaływania restrykcyjnych i sprzecznych wyobrażeń dotyczących roli kobiety i mężczyzny" (J. Wojciechowska 2005, s. 486). Oddziaływanie tego czynnika jest najbardziej widoczne w takich zjawiskach jak podejmowanie roli rodzicielskiej, małżeńskiej, czy nawet rezygnacja, bądź znaczne opóźnienie ich realizacji (J. Wojciechowska 2005, s. 486). Niektóre osoby świadomie nie podejmują się realizacji niektórych z nich, chociażby z lęku przed bliskością i odrzuceniem, bądź z obawy przed wyrządzeniem krzywdy swoim dzieciom podobnej, jakiej doświadczyli sami będąc dziećmi. Bywa tak w grupie dorosłych dzieci alkoholików, spośród których część rezygnuje z podejmowania niektórych z omawianych ról społecznych.

Kolejną charakterystyczną cechą dorosłości jest **tworzenie trwałych i głębokich związków intymnych**, co związane jest z doświadczaniem bliskości, ale również z ryzykiem odrzucenia przez ukochaną osobę. Dużą przy tym rolę odgrywa styl przywiązania, jaki osoba

dorosła nawiązała we wczesnym okresie jej życia, a co w dużej mierze rzutować będzie na jakość jej relacji intymnych. Jak wskazali C. Hazan oraz P. Shaver, styl przywiązania, jaki zostanie nawiązany pomiędzy dzieckiem, a figurą przywiązania, będzie rzutował na jakość relacji tego dziecka w dorosłości w relacjach z partnerami intymnymi. W konsekwencji, jeżeli dziecko nawiąże pozabezpieczny styl przywiązania, istnieje prawdopodobieństwo, że w wyborze partnera, nieświadomie, będzie szukało takiej osoby, która będzie je podobnie traktowała, jak figura przywiązania w dzieciństwie (W. Juroszek 2012; J. Wojciechowska 2005, s. 493- 497). Odnosząc się do aspektu tworzenia związków intymnych, należałoby również wskazać na kolejne zadania z nim związane, a mianowicie **zakładanie rodziny, życie w małżeństwie oraz wychowywanie dzieci** (A. I. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska 2016, s. 302).

Okres dorosłości jest czasem, w którym, w wielu aspektach funkcjonowania jednostki, dadzą wyraz jej doświadczenia z okresu dzieciństwa i adolescencji. Jak wskazuje psychologia rozwojowa, na funkcjonowanie człowieka wpływ mają zarówno uwarunkowania genetyczne, czynniki biologiczne, jak również środowisko, w którym jednostka dorasta (A. Mróz 2009, s. 85- 86). Istotne zadania rozwojowe, o których wspomniałam, ich satysfakcjonująca realizacja, zależeć będą od tego, jaki bagaż doświadczeń niesie ze sobą młody dorosły. W konsekwencji nawiązując do tego okresu rozwojowego, nie można pominąć jego wczesnodziecięcych doświadczeń i tych związanych z okresem adolescencji, na co uwagę będę zwracać odnosząc się do funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików.

Powyżej zostały zarysowane jedynie najważniejsze zadania rozwojowe, które stoją przed młodymi dorosłymi oraz tymi osobami, które znajdują się w średnim etapie dorosłości. Zdaję sobie sprawę, że nie wymieniłam wszystkich związanych z tym okresem (np. odnalezienie się w roli pracownika itp.). Zależało mi jednak na skoncentrowaniu się na tych, do których będę nawiązywać w odniesieniu teoretycznym i w wynikach badań koncentrujących się na funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików.

6.2.1. Samoocena dorosłych dzieci alkoholików

Większość dorosłych dzieci alkoholików „doświadcza swoistego poczucia niedostosowania, odmienności, nieatrakcyjności, bezwartościowości, towarzyszy temu obawa przed zdemaskowaniem" (H. Tereszkowska- Łowińska 2000, s. 1). Niejednokrotne przeżywanie trudnych sytuacji w dzieciństwie, w tym odrzucenia przez rodziców, prowadzi do ukształtowania ich niskiego poczucia własnej wartości, które towarzyszy im często także w życiu dorosłym. Jak wskazuje Zofia Sobolewska, „odrzucone dziecko rośnie w upokarzającym je przekonaniu, że >>skoro rodzice mnie nie chcą, to nie zasługuję na lepsze traktowanie<<"

(Z. Sobolewska 2000, s. 10). Rezultatem jest wstyd za samego siebie, który towarzyszy im przez całe życie. Autorka, odwołując się do doświadczeń związanych z pracą z dorosłymi osobami wychowywanymi w rodzinie alkoholowej w ramach grupy wsparcia DDA, którą sama założyła, podkreśla, że osoby biorące udział w spotkaniach często przejawiały niższe poczucie własnej wartości. Na poparcie swoich tez Zofia Sobolewska cytowała wypowiedzi tych osób: „tyle jestem wart, ile inni we mnie pochwalą" lub „nie będę próbował, bo i tak do niczego się nie nadaję" (Z. Sobolewska 1992, s. 10).

Niska samoocena dorosłych dzieci alkoholików jest potwierdzana w ramach realizacji badań empirycznych. El- Guebaly badający omawianą grupę wskazał, że dorosłe dzieci alkoholików cechuje niska samoocena korelująca z brakiem pewności siebie, lękiem przed opuszczeniem, brakiem więzi z rodzicami oraz wysokim poziomem złości (S. Ślaski 2005, s. 41).

Badania prowadzone przez Andrzeja Jakubika oraz Ewę Zegarowicz, różnicujące populację dorosłych dzieci alkoholików ze względu na płeć, wykazały, że „dziewczęta posiadające ojców uzależnionych od alkoholu mają większą skłonność do zaniżania własnej samooceny; oceniają negatywnie swój wygląd zewnętrzny, zdolności intelektualne, jakość kontaktów towarzyskich z innymi ludźmi; kwestionują też często swoją atrakcyjność w grupie rówieśników, z uporem zaprzeczając i nie dowierzając pozytywnym opiniom wyrażanym przez inne osoby" (A. Jakubik, E. Zegarowicz 1998, s. 76).

Katarzyna Zalas badając grupę czterdziestu osób z rodzin alkoholowych będących między 17 a 30 rokiem życia wykazała, że 9% badanych ciężko znosi krytykę a kolejnych 9% surowo oceniało siebie oraz swoje umiejętności (K. Zalas 2009, s. 335). Należy podkreślić, że 9% badanych, którzy są krytyczni wobec własnej osoby, bynajmniej nie stanowi wysokiego odsetka osób.

Omawianych rezultatów wyników badań nie należy rozpatrywać deterministycznie w kontekście zależności: choroba alkoholowa w rodzinie- niskie poczucie własnej wartości u osób w niej wychowywanych. Bowiem jak pokazują te realizowane przez Hinson, dorosłe dzieci alkoholików, które szukały pomocy psychologicznej, rzeczywiście cechowały się niższym poczuciem własnej wartości, niemniej jednak te z nich, które o takową pomoc nie prosiły, prezentowały stabilną i nie zniekształconą samoocenę (S. Ślaski 2005, s. 41- 42).

Istotnym czynnikiem mającym niebagatelny wpływ na kształtowanie poczucia własnej wartości u osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej odgrywają czynniki ochronne, które mogą przybrać postać akceptującej i szanującej postawy rodzica niepijącego. Black, Bucky i Wilder- Padilla podkreślili, że taka postawa rodzica w rodzinie alkoholowej może znacząco

wpłynąć na zmniejszenie poziomu lęku u dzieci oraz podniesienie ich samooceny, co z kolei obniża prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcjonalnych zachowań u DDA (S. Ślaski 2005, s. 42- 43).

6.2.2. Trudności w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików

Początkowe zainteresowanie grupą dorosłych dzieci alkoholików koncentrowało się przede wszystkim na wykryciu związku pomiędzy uzależnieniem rodzica/ców, a występowaniem u nich w przyszłości różnego spectrum zaburzeń psychopatologicznych. Starano się przy tym wykazać ciągłość homotypową bądź heterotypową ryzyka występowania zaburzeń (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 31). Mimo, że współcześnie realizowane badania nie są ukierunkowane deterministycznie w aspekcie uzależnienia rodzica/ców a występowaniem różnego rodzaju zaburzeń psychopatologicznych u populacji dorosłych dzieci alkoholików, to nie można zapominać, że omawiana grupa osób jest grupą zwiększonego ryzyka występowania trudności w funkcjonowaniu w okresie dorosłości.

Charakterystyczne cechy dorosłych dzieci alkoholików

Uwzględniając silną heterogeniczność dorosłych dzieci alkoholików trudno wyodrębnić cechy, które charakteryzowałyby je wszystkie w równym stopniu. Wynika to przede wszystkim ze specyfiki funkcjonowania rodzin, w których się wychowywały. W niektórych z nich pijący rodzic bywał agresywny, stosował przemoc fizyczną i psychiczną, a w innych uzależniony był emocjonalnie i/lub fizycznie nieobecny, czasami także uległy. Istotną rolę odgrywa także postawa niepijącego rodzica- jego zainteresowanie dziećmi, sprawowanie nad nimi kontroli oraz opieki. Relacje niepijącego rodzica ze swoimi pociechami może stanowić istotny czynnik ochronny przed wystąpieniem trudności w funkcjonowaniu osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej. Stąd niektóre z nich będą funkcjonowały satysfakcjonująco, spełniając się w określonych rolach społecznych, a inne będą borykały się z różnego rodzaju trudnościami utrudniającymi prowadzenie satysfakcjonującego życia. Niezależnie od wskazanych różnic, liczni autorzy, na bazie badań oraz pracy terapeutycznej z osobami pochodzącymi z domów alkoholowych, wyodrębnili kilka charakterystycznych cech, które bardzo często bywały zauważalne w sposobie ich funkcjonowania i mówieniu o sobie i o swoich doświadczeniach. Należy zaznaczyć, że niektóre z nich mogą występować u danej jednostki z większym natężeniem, inne z mniejszym, a niektóre w ogóle nie będą zauważalne. Jak wskazują Timmen Cermak oraz Jacques Rutzky, odnosząc się w swojej pracy do czytelników: „te różne doświadczenia doprowadziły oczywiście do powstania całej gamy cech charakterystycznych dla DDA. Chociaż nie każda z nich może się do Ciebie odnosić, to jednak większość DDA

rozpoznaje kilka jako wyraźnie dominujące aspekty swojej osobowości" (T. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 20).

Wśród omawianych cech wyodrębniają:

1) **Lęk przed utratą kontroli:** dorosłe dzieci alkoholików starają się utrzymywać kontrolę nad swoim zachowaniem oraz uczuciami, a także próbują kontrolować uczucia i zachowanie innych osób. Takie funkcjonowanie jest rezultatem odczuwania silnego lęku, że ich sytuacja życiowa ulegnie pogorszeniu, jeżeli nie będą zachowywały nad nią kontroli.
2) **Lęk przed uczuciami:** dorosłe dzieci alkoholików w dzieciństwie, aby przetrwać, często musiały nauczyć się nie przeżywać silnych i trudnych uczuć. W konsekwencji „dziecko przeżywające stresujące sytuacje w domu, przestaje czuć cokolwiek oprócz napięcia i lęku" (B. Kałdon 2015, s. 101). Konsekwencją jest jednak także nieumiejętność przeżywania i doświadczania również przyjemnych emocji i stopniowe ich ograniczanie.
3) **Lęk przed konfliktem:** osoby dorastające w rodzinie alkoholowej często doświadczają ze strony najbliższych osób przemocy fizycznej i/ lub psychicznej, stąd w życiu dorosłym obawiają się osób, które posiadają władzę, jednostek rozzłoszczonych oraz krytyki ze strony innych ludzi. Omawiany lęk prowadzi do poszukiwania przez dorosłe dzieci alkoholików ciągłej aprobaty ze strony innych osób przez co one same zatracają swoją tożsamość. W konsekwencji zamiast zaspokajać własne potrzeby i dbać o swoje dobro, nieustannie starają się dostosować do innych osób.
4) **Nadmierna odpowiedzialność:** w rezultacie nadmiernej koncentracji na potrzebach innych osób, dorosłe dzieci alkoholików uczą się ponoszenia za nie odpowiedzialności.
5) **Poczucie winy:** dorosłe dzieci alkoholików nieustannie koncentrując swoją uwagę na najbliższych osobach a chcąc zaspokoić własne potrzeby odczuwają poczucie winy.
6) **Trudność zrelaksowania się oraz spontanicznej zabawy:** w konsekwencji ciągłego funkcjonowania „czuwając" i będąc wrażliwymi na sygnały płynące od najbliższych osób, dorosłe dzieci alkoholików wypracowały silny system samokontroli chcąc w każdym momencie poradzić sobie z ewentualnym chaosem, który może nastąpić. Ucząc się funkcjonowania w taki sposób zanika ich spontaniczność.
7) **Silna samokrytyka:** w konsekwencji bardzo niskiego poczucia własnej wartości, niezależnie od posiadanych przez dorosłe dzieci alkoholików zasobów, są wobec siebie nadmiernie wymagający i samokrytyczni.

8) **Zaprzeczanie:** zaprzeczanie jest naturalną reakcją dorosłych dzieci alkoholików wypracowaną w toku funkcjonowania w domu rodzinnym. Stosują ją najczęściej w sytuacji poczucia zagrożenia, chcąc stworzyć pozory, że wszystko kontrolują.
9) **Trudności z utrzymywaniem bliskich kontaktów:** z intymnością dość często wiąże się brak odczuwania kontroli u dorosłych dzieci alkoholików, co wywołuje w nich lęk. Ponadto, osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej bardzo często kojarzą bliskość z przemocą, przekraczaniem granic drugiej osoby, poczuciem zagrożenia i chaosu. W konsekwencji trudno im w życiu dorosłym utrzymywać satysfakcjonujące relacje partnerskie.
10) **Pozostawanie w roli ofiary:** w konsekwencji częstego doświadczania roli ofiary w relacjach rodzinnych, dorosłe dzieci alkoholików także w życiu dorosłym mają tendencję do postrzegania siebie a kategoriach jednostek bezradnych i skrzywdzonych.
11) **Zachowania kompulsywne:** dorosłe dzieci alkoholików mogą podejmować szereg działań schematycznie i mało elastycznie , np. nałogowo pracować, jeść, wikłać w relacje z innymi osobami itp.
12) **Tendencyjne mylenie miłości z litością:** w rodzinach alkoholowych najczęściej dzieci nie mają okazji do obserwowania prawdziwie bliskiej relacji opartej na miłości i szacunku pomiędzy rodzicami. Najczęściej ta relacja opiera się na odczuwaniu litości jednego dorosłego wobec drugiego. W konsekwencji zdarza się, że „kochają" one osoby, wobec których odczuwają litość i którym chcą pomóc.
13) **Lęk przed porzuceniem:** w rezultacie dorastania w środowisku, w którym jeden, bądź oboje rodziców nieustannie porzucali (np. emocjonalnie) swoje dzieci, dorastając i wchodząc w relacje z innymi osobami, bardzo często odczuwają silny lęk przed porzuceniem. Prowadzi to często do wikłania się i trwania w związkach dla nich niesatysfakcjonujących tylko dlatego, by ponownie nie doświadczać poczucia odrzucenia.
14) **W rezultacie doświadczanego stresu rozwinięte myślenie dychotomiczne: „czarne lub białe":** będąc pod presją osoba rozwija konkretny sposób odczuwania, myślenia oraz zachowania, uwzględniając zasadę: „wszystko albo nic". Dorosłe dzieci alkoholików nierzadko czują przymus ciągłego wyboru między wykluczającymi się alternatywami.
15) **Uskarżanie się na dolegliwości fizyczne:** badania wskazują, że osoby pochodzące z rodzin alkoholowych dwukrotnie częściej szukają opieki medycznej. Jak się okazuje,

również częściej miewają problemy ze zdrowiem, borykają się ze zdrowotnymi konsekwencjami stresu i wykazują objawy psychosomatyczne.

16) **Cierpienie, które wynika z nieprzepracowanego uczucia żalu:** dzieci dorastające w rodzinie alkoholowej nie mogą otwarcie przeżywać trudnych dla nich emocji, w tym żalu. Doświadczając strat i rozczarowań w życiu dorosłym, miewają trudności w ich przeżywaniu bez równoczesnego przywoływania uczuć z dzieciństwa. Stąd bardzo częste uczucie przygnębienia u dorosłych dzieci alkoholików połączone z trudnością do odczuwania radości.
17) **Przewaga reagowania nad działaniem:** długotrwałe doświadczanie stresu w rodzinie alkoholowej powoduje, że każdy jej członek staje się nadmiernie czujny na sygnały płynące ze strony najbliższych osób, by móc odpowiednio szybko zareagować na ewentualne zagrożenie. Takie uczucie towarzyszy dorosłym dzieciom alkoholików również w życiu dorosłym, nawet gdy nie ma ku niemu żadnych zewnętrznych podstaw.
18) **Zdolność przetrwania:** funkcjonowanie z osobą uzależnioną od alkoholu, która w swym postępowaniu często jest nieprzewidywalna, jest bardzo trudne (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 77). Trafnym wydaje się być sformułowanie wystosowane przez T. L. Cermaka oraz J. Rutzky, jakoby dorosłe dzieci alkoholików, z perspektywy czasu, mogły bardziej obiektywnie spojrzeć na to, co przeżyły i czego doświadczyły i stwierdzić, że ich przetrwanie było sporym osiągnięciem (T. L. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 20- 29).

Wyżej zarysowane charakterystyczne cechy dorosłych dzieci alkoholików nie są właściwe każdej jednostce, której rodzic jest uzależniony od alkoholu. Niemniej jednak środowisko rodzinne, w którym co najmniej jeden członek rodziny boryka się z chorobą, jaką jest alkoholizm, z pewnością nie sprzyja pozytywnej adaptacji dzieci i stanowi jeden z głównych czynników zagrażających prawidłowej realizacji zadań rozwojowych jednostki mogący znacząco zakłócać jej rozwój prowadząc również do wystąpienia w przyszłości różnego spektrum zaburzeń psychopatologicznych.

6.2.3.Dorosłe dzieci alkoholików a zaburzenia psychopatologiczne

Nie analizując dogłębnie ujęcia definicyjnego psychopatologii rozwojowej jako nauki, należałoby jedynie ogólnie wskazać, że stanowi ona „konceptualną ramę dla rozumienia złożoności ludzkiego rozwoju i wyjaśnienia mechanizmów ujawniania się różnych problemów w całej populacji dzieci, młodzieży i dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem grup wysokiego ryzyka wystąpienia psychopatologii. Jest raczej podejściem, czy ujęciem transteoretycznym, nadrzędnym wobec paradygmatycznych koncepcji w psychiatrii,

psychologii czy socjologii; ma bardziej ogólny charakter dzięki integrowaniu wyników badań, które pojawiły się w różnych dyscyplinach naukowych i klinicznych na temat nietypowego rozwoju jednostki" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 17). Jej założenia wypływają z psychologii rozwoju, w której przyjmuje się, że „rozwój jest wynikiem, odbywających się na wielu poziomach, złożonych interakcji między osobą a jej środowiskiem" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 19). W związku z tym, badania odnoszące się do transmisji choroby alkoholowej zwróciły uwagę badaczy na szerszy kontekst związany z problematyką występowania u dorosłych dzieci alkoholików trudności oraz zaburzeń psychopatologicznych. Szczególnie zwrócono uwagę na częstotliwość występowania następujących zaburzeń: depresyjnych i lękowych (również stres pourazowy), zaburzeń antysocjalnych oraz tych związanych z brakiem kontroli, jak również zaburzeń osobowości (K. Gąsior 2012, s. 32).

Zaburzenia depresyjne u dorosłych dzieci alkoholików

Osobom uzależnionym często stawia się podwójną diagnozę: uzależnienia oraz depresji. Trudno jednoznacznie dookreślić, która choroba wystąpiła pierwsza i czy wobec tego można mówić o pierwotnym alkoholizmie, czy o wtórnym (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 29). Wyniki badań często wskazują, że alkoholizm pojawia się przed wystąpieniem depresji, niemniej jednak nie są one jednoznaczne i zdarza się także odwrotna tendencja wskazująca na wystąpienie choroby alkoholowej będącej konsekwencją podejmowania prób radzenia sobie z depresją poprzez intoksykację chemiczną (M. Wnuk, J. T. Marcinkowski 2012, s. 51). W związku z tym, że „depresja wykazuje tendencję do występowania rodzinnego" (J. W. Kalat 2012, s. 464), a „największe niebezpieczeństwo dziedziczenia depresji występuje wtedy, gdy posiada się bliskich krewnych, którzy cierpieli na ciężką depresję o wczesnym początku" (J. W. Kalat 2012, s. 464), nie dziwi fakt, że wiele badań odnoszących się do problemów w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików oscylowało również wokół ich potencjalnych predyspozycji do wystąpienia tej choroby, jeśli któryś z rodziców również na nią cierpiał.

Badania na opisywanej grupie osób, związane z występowaniem u nich zaburzeń depresyjnych, często były realizowane za pośrednictwem narzędzi, które oceniały omawiane objawy w różny sposób. Stephanie L. Harter wskazuje, na podstawie realizowanych przez siebie weryfikacji empirycznych wśród grupy osób pochodzących z rodziny alkoholowej i tych, których rodzice nie byli uzależnieni, że istnieje wyższe prawdopodobieństwo pojawienia się symptomów depresyjnych w pierwszej aniżeli w drugiej grupie (K. Gąsior 2012, s. 35). W płaszczyźnie polskich realiów, warte przytoczenia są badania Anny Siwy- Hudowskiej oraz Anny Wiewiórskiej, z których wynika, że na występowanie objawów depresyjnych oraz na

poziom zadowolenia z życia intensywniej wpływa nasilenie używania alkoholu, aniżeli samo pochodzenie z rodziny alkoholowej (A. Siwa- Hudowska, A. Wiewiórska 2010).

Należy mieć na względzie, że dorastanie w środowisku dysfunkcyjnym, jakim z pewnością jest rodzina alkoholowa, jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia u jednostki różnego rodzaju trudności w życiu dorosłym, w tym depresji. Niemniej jednak, problematyka związana z wyższym wskaźnikiem wystąpienia objawów depresyjnych u dorosłych dzieci alkoholików nie może być rozpatrywana jednoczynnikowo, biorąc pod uwagę wyłącznie aspekt ich dorastania w dysfunkcyjnym środowisku rodzinnym. Należy także zwrócić uwagę, jak wskazują Lidia Cierpiałkowska oraz Iwona Grzegorzewska, że w niektórych badaniach „koncentrowano się na grupie klinicznej, czyli dzieciach, młodzieży i dorosłych, którzy trafiali do różnych instytucji z problemami i zaburzeniami psychicznymi, dzieci grupy nieklinicznej były nieobecne bądź, co najwyżej, ujawniały się w badaniach nad skutecznością środowiskowych programów profilaktycznych. Można zatem postawić tezę, że opisy zdrowia psychicznego i ścieżek rozwoju potomstwa z rodzin alkoholowych pochodzą z badań nad uwarunkowaniami jakiegoś typu psychopatologii, np. najczęściej uzależnienia od alkoholu, zaburzeń osobowości, depresji i innych" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 67).

Zaburzenia lękowe oraz stres pourazowy u dorosłych dzieci alkoholików

„Ze względu na brak wzajemności w stosunkach między rodzicami, w rodzinie alkoholowej występują dysfunkcje ról, które wynikają z narażenia na długotrwały stres i mogą spowodować trwałe zaburzenia sfery emocjonalnej w życiu dorosłym" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kadučáková 2012, s. 54).

Dorosłe dzieci alkoholików doświadczają w biegu życia bardzo stresujących zdarzeń, „które znajdują się poza granicami zwykłych ludzkich doznań (np. wieloletnia przemoc psychiczna i fizyczna). W ich dorosłym życiu mogą się więc ujawnić zaburzenia będące konsekwencją doświadczanej traumy. Trauma intensyfikuje wszelkie uczucia i może przyczynić się do sposobu odczuwania i zachowania w kategoriach dychotomicznych – wszystko albo nic. W rezultacie uczucia przedostają się do świadomości w całej pełni lub pozostają poza nią" (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 116). Konsekwencją doświadczania silnego i długotrwałego stresu może być zespół stresu pourazowego. Jego głównym kryterium jest „intensywny strach, poczucie przerażenia lub zupełnej bezradności pojawiające się w chwili bezpośredniego udziału takiej osoby (lub tylko w roli świadka) w zdarzeniu zagrażającym życiu, fizycznej integralności" (K. R. Petrikowska 2012, s. 25). Nie opisując dokładnie poszczególnych kryteriów diagnostycznych zespołu stresu pourazowego, należy

jedynie podkreślić, że istotną rolę odgrywa narażenie jednostki na doświadczanie długotrwałego stresu, który zagraża jej zdrowiu bądź/i życiu, a który w konsekwencji rzutuje na jej dalsze funkcjonowanie, które może przybrać postać odtwarzania zdarzeń z przeszłości przy współwystępującymi przy tym reakcjami fizjologicznymi (ponowne przeżywanie traumy); unikaniem bodźców, które wiążą się z traumatycznym stresorem i przypominają traumę; odpychaniem bolesnych myśli czy odczuć, które mogą skutkować psychicznym odrętwieniem i utrudniać odczuwanie zarówno przyjemnych, jak i nieprzyjemnych emocji; pojawianiem się stanów wzmożonego pobudzenia pod postacią zaburzeń snu lub koncentracji, nadmierną czujnością, wybuchami gniewu i skłonnościami do irytacji (K. R. Petrikowska 2012, s. 25- 26).

Niektóre badania pokazują, że dzieci uzależnionych od alkoholu rodziców częściej cierpią z powodu uogólnionych zaburzeń lękowych, aniżeli dzieci rodziców nieuzależnionych. Ich problemy oscylują wokół obniżonej samooceny, trudności z tożsamością, ale także psychosomatycznych reakcji na stres (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 174). Jak wskazują Cathy W. Hall oraz Raymon E. Webster, prowadzący badania na studentach będących dorosłymi dziećmi alkoholików oraz tych, którzy z rodziny alkoholowej nie pochodzili, ci pierwsi doświadczali zarówno większego nasilenia zaburzeń nastroju, jak również objawów stresu pourazowego (C. W. Hall, R. E. Webster 2002). Wskazani autorzy nie porównywali grupy dorosłych dzieci alkoholików z grupą osób, które doświadczyły innych rodzajów traum w swoim życiu, aniżeli alkoholizm rodzica, a których wyniki mogłyby być wówczas zbliżone do tych, uzyskanych przez dda, pod kątem nasilenia objawów stresu pourazowego.

Ci sami autorzy, w późniejszym okresie, realizowali badania porównawcze na czterech grupach osób: dorosłych dzieciach alkoholików nie doświadczających innych (aniżeli alkoholizm rodzica) czynników traumatycznych; dorosłych dzieciach alkoholików doświadczających, oprócz alkoholizmu rodzica, także innych traumatycznych przeżyć; jednostkach doświadczających w swoim życiu traum, jednak nie wychowywanych w rodzinie alkoholowej; osobach, które nie doświadczały traum oraz nie pochodziły z rodziny z borykającej się z problemem uzależnienia od alkoholu. Cathy W. Hall oraz Raymon E. Webster we wnioskach podkreślają, że u grupy dorosłych dzieci alkoholików istnieje zwiększona wrażliwość na czynniki stresowe w życiu, jak również większe trudności przystosowawcze, aniżeli u grupy osób, których żaden z rodziców nie był uzależniony od alkoholu (C. W. Hall, R. E. Webster 2007; K. Gąsior 2012, s. 35).

Badania odnoszące się do problematyki wpływu stresu rodzinnego, w rodzinie alkoholowej rzadko kontrolują różnorodność stresorów, niezwiązanych z rodzicielskim

alkoholizmem (np. zaburzenia rodzica niepijącego), które mogą mieć niebagatelny wpływ na sposób funkcjonowania i występowanie ewentualnych zaburzeń w omawianej grupie osób (K. Gąsior 2012, s. 34). Stąd podobnie, jak w przypadku potencjalnego występowania objawów depresyjnych u dorosłych dzieci alkoholików, nie można deterministycznie założyć, że ta grupa osób będzie borykała się z zaburzeniami lękowymi czy sresem pourazowym. Bez wątpienia jednak można zaznaczyć, że dorosłe dzieci alkoholików mogą wykazywać większą wrażliwość na zdarzenia stresujące i być bardziej wrażliwe na ich ewentualne wystąpienie.

Zaburzenia adaptacyjne dorosłych dzieci alkoholików

Pierwotne badania realizowane na grupie dorosłych dzieci alkoholików, w porównaniu z grupą osób pochodzących z rodzin niedysfunkcyjnych, wskazywały, że ci pierwsi mają większe trudności w zaadaptowaniu się do zmieniających się warunków środowiskowych. Trudności, z którymi część osób pochodzących z rodziny alkoholowej musiała się borykać, często utrudniały im konstruktywną realizację zadań rozwojowych odpowiednich dla etapu w życiu, w którym się znajdowali. Paradygmat rozwojowy wskazuje, że „wpływ różnych kontekstów wychowywania się w rodzinie z problemem uzależnień na zdrowie psychiczne potomstwa i sposób jego funkcjonowania rozpoczyna się we wcześniejszych okresach życia. Oznacza to, że ewentualne zaburzenia u dzieci alkoholików można rozpatrywać jako rezultat rozwojowej historii niepowodzeń przystosowawczych w sferze kluczowych zadań rozwojowych" (L. Cierpiałkwoska, I. Grzegorzewska 2016, s. 133- 134).

Badania realizowane przez Joyce M. Belliveau oraz Janet M. Stoppard na grupie studentów pochodzących i niepochodzących z rodziny alkoholowej wykazały, że w pierwszej z wymienionych grup pojawia się większe nasilenie lęków, objawów depresyjnych, jak również przystosowawczych. Autorki te doszły do wniosku, że zarówno płeć uzależnionego rodzica, jak również płeć badanych osób nie była istotnym czynnikiem nasilenia psychopatologii u dorosłych dzieci alkoholików (K. Gąsior 2012, s. 35- 36).

Można również odnieść się do szeregu badań, które nie wykazały tak silnej różnicy, w aspekcie przystosowania, między osobami pochodzącymi z rodziny alkoholowej a tymi, które z takiej rodziny nie pochodziły. Przykładem są te, realizowane przez Brent B. Benda oraz Frederick A. DiBlasio, którzy porównując trzy grupy badanych: dorosłe dzieci alkoholików; osoby uzależnione od alkoholu nie będące dda; osoby nie będące dda podkreślili, że pomiędzy badanymi grupami osób nie pojawiają się niemal żadne (z wyjątkiem dwóch podskal) istotne różnice (K. Gąsior 2012, s. 36).

Podsumowując, mimo, że dorosłe dzieci alkoholików należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń, wiele badań realizowanych na tej grupie osób jest bardzo

zróżnicowanych, zarówno ze względów metodologicznych, jak również uzyskiwanych w konsekwencji ich realizacji wyników. Jedne pokazują pewną tendencję do częstszego występowania problemów u tej grupy osób, inne z kolei nie wykazują różnic w ich funkcjonowaniu w porównaniu z jednostkami nie pochodzącymi z rodziny alkoholowej.

6.3. Dorosłe dzieci alkoholików w relacjach intymnych

Charakterystycznym dla okresu dorosłości jest występujący konflikt pomiędzy intymnością i izolacją. „W tym stadium młodzi dorośli są gotowi i chętni do połączenia swej tożsamości z innymi. Poszukują oni bliskich związków, partnerstwa i afiliacji i są przygotowani do ukształtowania w sobie siły potrzebnej do wywiązania się z tych zobowiązań, mimo poświęceń, jakich może to wymagać" (C. S. Hall, G. Lindzey 1994, s. 98). Relacje intymne są w życiu jednostki czymś bardzo ważnym i mogą stać się źródłem satysfakcji życiowej, ale także powodować cierpienie. Wiele zależy od tego, w jaki sposób dana osoba wchodzi w relacje intymne z innymi ludźmi, z jakim bagażem doświadczeń w nich partycypuje a w konsekwencji, jaką jakość i jakie znaczenie mają one dla niej samej. Dlatego dużą istotność nadaje się relacjom jednostki z rodzicami a tworzeniu przez nią przyszłych związków intymnych. „W związku z tym, iż rodzice są dla dziecka pierwszymi wzorami ról płciowych, a także pierwszymi partnerami interakcji interpersonalnych w jego życiu, można przypuszczać, iż zmiana relacji z nimi, zwłaszcza jeśli wiąże się ze zmianą nie tylko jakościową, ale też ilościową, spowodowaną zmniejszeniem częstości kontaktów, wpłynie na więź uczuciową dziecka z rodzicem, która będzie wzorem dla tworzonej w dorosłości w związku z osobą najbardziej znaczącą w tym okresie – partnerem" (M. Kiczka 2015, s. 222).

6.3.1. Trudności w relacjach intymnych dorosłych dzieci alkoholików

Doświadczenia dorosłych dzieci pochodzących z rodziny alkoholowej będą w znacznym stopniu rzutowały na jakość tworzenia związków intymnych tej grupy osób. „Szczególnie ważny obszar problemowy to urazowe przeżycia partnera oraz ich niezaspokojone potrzeby z dzieciństwa, a dokładniej rzecz ujmując: ślady, jakie te doświadczenia pozostawiły w osobowości, i wynikające z nich destrukcyjne schematy osobiste oraz utrwalone sposoby radzenia sobie ze swoimi negatywnymi stanami emocjonalnymi, sfrustrowanymi potrzebami i innymi trudnościami" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 59). Istotnym przy tym aspektem jest powielanie schematów funkcjonowania wyuczonych w dzieciństwie (np. tych związanych z odgrywaniem określonej roli psychologicznej) w związkach intymnych, w których owe schematy przestają być funkcjonalne. W konsekwencji, bardzo często dorosłe dzieci alkoholików obawiają się bliskości z drugą osoba, która kojarzyć

im się może z przeżywaniem nieprzyjemnych emocji. Wolą dystansować się i w ogóle nie wchodzić w związki intymne. Częściowo potwierdzają to badania realizowane przez Barbarę Kałdon, która pytała grupę 80 studentów będących dorosłymi dziećmi alkoholików, o ich chęć założenia rodziny. 11% wskazało, że takowej nie wykazuje ze względu na duży poziom lęku, a ponad połowa osób nie potrafiła w żaden sposób ustosunkować się do tej kwestii (B. Kałdon 2015, s. 102). Także wysoki odsetek dorosłych dzieci alkoholików zgłasza się po poradę psychologiczną bądź na terapię ze względu na stale powtarzające się trudności w relacji intymnej z partnerem, „a jedna trzecia zawieranych przez nie małżeństw kończy się rozwodem" (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 116).

Trudności w relacjach intymnych dorosłych dzieci alkoholików są często wzmiankowane w literaturze przedmiotu. Zofia Sobolewska- Mellibruda wskazując na kilka obszarów problemowych w funkcjonowaniu omawianej grupy osób wśród nich wyróżnia ten związany z ich relacjami z innymi osobami i akcentuje, że mają one tendencję do:

1) **atakowania oraz negowania innych osób**- dorosłe dzieci alkoholików mogą wykazywać wrogie postawy wobec ludzi, z którymi wchodzą w interakcje oraz mieć skłonność do przypisywania im negatywnych cech. Takie funkcjonowanie generuje postrzeganie innych osób jako przeciwników, którzy chcą je skrzywdzić. W konsekwencji bywa tak, że dorosłe dzieci alkoholików nadmiernie przeżywają i okazują gniew, zazdrość, pogardę i niecierpliwość (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 70).
2) **Pozwalania na złe traktowanie oraz wykazywania bezbronności wobec doświadczanej krzywdy**- dorosłe dzieci alkoholików często mają przekonanie o własnej bezbronności oraz bezwartościowości i wykazują potrzebę usprawiedliwiania krzywdzącej je osoby. Wierzą, że zasługują na złe traktowanie i nie mają prawa się bronić. Mają też tendencję do przejmowania nadmiernej odpowiedzialności za krzywdzące zachowania, jak również obwiniania siebie za trudności, jakich doświadczają w relacjach interpersonalnych oraz reagowania lękiem przez odrzuceniem (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 71).
3) **Podporządkowania się i uzależnienia od innych ludzi**- dorosłe dzieci alkoholików często nadmiernie starają się zaspokajać potrzeby innych osób, zapominając przy tym o swoich własnych pragnieniach. Taka tendencja wynika z ciągłej koncentracji, w okresie dzieciństwa i adolescencji, na uzależnionym i nieuzależnionym rodzicu, ich dobru i komforcie. W związkach intymnych okazuje się być jednak niefunkcjonalna, ponieważ wówczas występuje „poczucie winy, gdy pojawia się chęć zrobienia czegoś dla siebie. Występuje silna potrzeba akceptacji, pochwały i uwagi ze strony innych, co

daje osobie poczucie bezpieczeństwa. Poczucie własnej wartości zależy od docenienia przez innych" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 71). Rezultatem takiego funkcjonowania jest tendencja do traktowania siebie jako jednostki niesamodzielnej i zależnej, która nie będzie potrafiła sprostać wymaganiom dnia codziennego bez wsparcia z zewnątrz. Sprzyja to tworzeniu relacji symbiotycznej w związku.

4) **Manipulowania oraz eksploatowania innych**- zdarza się, że dorosłe dzieci alkoholików próbują wykorzystywać inne osoby i traktować je w sposób przedmiotowy. „Typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają przekonania, że to, co jest jej potrzebne, musi zdobyć od innych, że to, czego chce od innych, jej się należy" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 71).
5) **Unikania oraz wycofywania się**- bywa tak, że dorosłe dzieci alkoholików mają tendencję do wycofywania się z relacji z innymi ludźmi. Nadmiernie obawiają się odrzucenia, w konsekwencji same odrzucają. „Osoba taka ma poczucie, że jest gorsza od innych, i przekonanie, że inni szybko to odkryją, gdy się do nich zbliży" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 72). O wspomnianym lęku przed odrzuceniem dość szczegółowo, w swojej publikacji zatytułowanej: „*Lęk przed bliskością. Jak pokonać dystans w związku*" pisze Janet G. Woititz. Autorka wskazuje, że „odczuwany przez dzieci alkoholików strach przed porzuceniem jest bardzo silny i jednocześnie różny od obawy przed odrzuceniem. Wydaje się, że dorosłe dzieci alkoholików są w stanie znieść odrzucenie i je zaakceptować. Z powodu doświadczeń z dzieciństwa ich lęk przed porzuceniem jest o wiele bardziej dotkliwy" (J. G. Woititz 2000, s. 34- 35).
6) **Dominowania oraz kontrolowania**- charakterystyczna dla funkcjonowania w rodzinie alkoholowej jest potrzeba kontroli pozostałych członków systemu, a przede wszystkim uzależnionego, ponieważ „nieustanna kontrola siebie i innych ludzi, będąca udziałem żon i dzieci alkoholików, staje się gwarancją ich poczucia bezpieczeństwa" (K. Zalas 2011, s. 290). W rezultacie często zdarza się, że dzieci alkoholików wykazują postawę dominującą wobec innych osób, by nie odczuwać lęku przed ewentualną (pozorną) utratą kontroli nad nimi. U tak funkcjonującej osoby występuje „tendencja do zmniejszania lęku przez przejmowanie kontroli oraz tendencja do reagowania złością w sytuacjach, gdy inni spod kontroli się wymykają. W stosunku do innych ludzi osoba z tym schematem przejawia zachowania nadopiekuńcze, kontrolujące i dominujące. W intymnych relacjach może mieć skłonność do utrzymywania dystansu" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2000, s. 72- 73).

7) **Ambiwalentnych relacji oraz postawy wobec innych**- dorosłe dzieci alkoholików mogą prezentować sprzeczne postawy w kontaktach z ludźmi. Mogą mieć dychotomiczne względem nich oczekiwania, np. atakowanie i przymilanie się; równoczesne próby dominacji i podporządkowania się. Pojawia się ambiwalentność w ekspresji emocji oraz dezorientacja w płaszczyźnie zajmowanego miejsca wśród ludzi, naprzemienne rozczarowania oraz nadzieje, podejmowane próby zbliżenia i wycofywanie z relacji. W płaszczyźnie doświadczanych emocji również zauważalna jest dychotomiczność- miłość i nienawiść; lęk i złość; poczucie krzywdy i poczucie winy (Z. Sobolewska- Mellibruda 2000, s. 73).

Oprócz wyżej wymienionych trudności, z jakimi dorosłe dzieci alkoholików mogą borykać się w relacjach intymnych, Janet G. Woititz, z dużą uważnością na zależność między dorastaniem w rodzinie alkoholowej a aktualnym funkcjonowaniem dorosłych dzieci alkoholików w związkach intymnych, wskazała także na inne, będące pochodną doświadczanej w dzieciństwie relacji z rodzicami.

1) **Lęk przed utratą własnego Ja**- w konsekwencji niewykształcenia u dorosłych dzieci alkoholików, w okresie dzieciństwa i adolescencji poczucia własnego Ja, w życiu dorosłym często miewają problemy w dookreśleniu tego, kim są. Autorka wskazuje, zwracając się do omawianej grupy osób: „ponieważ rodzice nie opiekowali się tobą w wystarczający sposób, musiałeś często sam wobec siebie pełnić rodzicielską rolę. Później nie potrafiłeś określić, kim właściwie jesteś. Twoje poczucie własnego >>ja<< ciągle się kształtuje i jest podatne na wpływy" (J. G. Woititz 2000, s. 32). Brak poczucia własnej tożsamości powoduje trudności dorosłych dzieci alkoholików, w samodzielnym decydowaniu o sobie i podejmowaniu decyzji. Obawiają się, że w bliskim związku z drugą osobą, ich poglądy mogłyby znacząco wpłynąć na ich decyzyjność, a tym samym „utratę" siebie samych (J. G. Woititz 2000, s. 32).
2) **Lęk przed zdemaskowaniem**- wiele jednostek pochodzących z rodziny alkoholowej obawia się, że jeżeli osoba im bliska dostrzeże, jakie są naprawdę, nie będzie chciała utrzymywać z nimi relacji. „Żyjesz w ciągłym napięciu, chociaż właściwie nie jest dla ciebie jasne, jakaś to okropna prawda o tobie miałaby wyjść na jaw" (J. G. Woititz 2000, s. 33- 34). W rezultacie, dorosłe dzieci alkoholików często tworzą własne wyobrażenia dotyczące tego, w jaki sposób powinna funkcjonować idealna osoba, starają się zgodnie z nimi (wyobrażeniami)

funkcjonować, a tym samym trudno im być sobą w bliskiej relacji (J. G. Woititz 2000, s. 34).

3) **Strach przed porzuceniem**- o strachu przed porzuceniem pisała również Zofia Sobolewska wskazując, że „przeżycie odrzucenia przez rodziców jest ciężkim urazem, który pozostawia ślad na całe życie. Osoby, które przez to przeszły, doświadczyły bólu związanego ze stratą ukochanej osoby, poczuciem niższej wartości, wręcz jakiegoś kalectwa (>>nie nadaję się do miłości<<), bezsilnością (>>żebym nie wiem jak się starał, nikt mnie nie pokocha<<) i brakiem sensu życia (>>skoro nawet ojciec czy matka mnie nie chce, to nie mam po co żyć<<)" (Z. Sobolewska 2000, s. 8-9). Z powodu doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego, dorosłe dzieci alkoholików bardzo boją się odrzucenia, szczególnie w bliskich relacjach intymnych. Wspomniany strach może generować u nich zachowania mające na celu odrzucenie, by same go nie doświadczyły (J. G. Woititz 2000, s. 35).
4) **Więzi**- dorosłe dzieci alkoholików, wchodząc w relację intymną z drugą osobą bardzo szybko i intensywnie angażują się emocjonalnie (J. G. Woititz 2000, s. 39). Taki stan może utrzymywać się w związku długo, nawet wówczas, gdy faza zauroczenia i typowa dla niej chęć bycia ciągle razem dwojga ludzi mija. Wówczas dorosłym dzieciom alkoholików trudno zrozumieć, że konstruktywne utrzymywanie bliskiej relacji intymnej wymaga szanowania przestrzeni i autonomii drugiej osoby. Próbują usilnie utrzymać bliskość poprzez podejmowane próby kontroli partnera i wzbudzanie w nim poczucia winy, gdy tej bliskości nie otrzymują (J. G. Woititz 2000, s. 40).
5) **Wrażliwość**- dorosłe dzieci alkoholików często mają przeświadczenie, że okazywanie wrażliwości wiąże się z utratą kontroli nad własnym życiem i jej przejęciem przez inną osobę. Tym samym wrażliwość, w ich mniemaniu, może oznaczać utratę własnego Ja, poczucie bezsilności i chaosu (J. G. Woititz 2000, s. 42- 43).
6) **Gniew**- dorosłe dzieci alkoholików często uważają, że w idealnym związku gniew i kłótnie nie mają prawa bytu. Nauczyły się tłumić nieprzyjemne emocje, a w konsekwencji mają trudność w ich konstruktywnym przeżywaniu. „Zamiast tego racjonalizują, znajdują dla wszystkiego wytłumaczenie, a w końcu popadają w depresję. Słowa, którymi opisują swoje załamanie, są pełne złości. Jeśli tłumi się gniew, staje się on nie do wytrzymania i w końcu przemienia się w furię. Dzieci

alkoholików boją się furii, ponieważ nie wiedzą, do czego byłyby zdolne pod jej wpływem" (J. G. Woititz 2000, s. 44).

7) **Poczucie winy oraz wstydu**- „w życiu dorosłym mogą nieświadomie szukać takich związków, w których nadal będą mogły zajmować pozycję >>nadodpowiedzialności<<" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 129). Jak wskazuje Janet G. Woititz, „wstyd to poniekąd odmienne uczucie, jednak bardzo mocno związane z winą. Uczucia te wzajemnie się podsycają" (J. G. Woititz 2000, s. 47). Dorosłe dzieci alkoholików miewają tendencję do obwiniania siebie za wszystkie trudności, jakich doświadczały w związku intymnym (J. G. Woititz 2000,, s. 47). Taka postawa znacznie utrudnia im realne dostrzeżenie problemów i poszukiwanie ich ewentualnych rozwiązań.
8) **Depresja**- wielu osobom pochodzącym z rodziny alkoholowej towarzyszy wewnętrzny smutek. Często bywa on na tyle silny, że przeradza się w gniew, który zostaje ukierunkowany na nich samych. „Każda zmiana wiąże się dla nich z utratą tego, co mieli przedtem. Zmiany są trudne, ponieważ z psychologicznego punktu widzenia oznaczają anarchię. Obawa przed utratą wiąże się z lękiem przed porzuceniem. Dochodzi do tego wszechobecny lęk przed rozpadem związku. Znów trzeba będzie coś stracić. Ten lęk jest przyczyną ogromnego konfliktu. >>Wiem, że nasz związek nie przetrwa i czekam na katastrofę. Panicznie boję się go stracić, więc staram się wytrzymać<<. Takie zachowanie zniechęca drugą osobę i powoduje, że zaczynają się spełniać najczarniejsze obawy. Ponieważ, niestety, nie mówi się o uczuciach, są nikłe szanse na pomyślne rozwiązanie problemu" (J. G. Woititz 2000, s. 49).
9) **Zaufanie**- zaufanie u dorosłych dzieci alkoholików bywało często nadwyrężane w ich domu rodzinnym. Zinternalizowały trzy zasady, których musiały przestrzegać, a jedną z nich była zasada „nie ufaj". Nauczyły się nie ufać ludziom, ponieważ nauczone doświadczeniem wiedzą, że ufając są bardziej podatne na zranienie. Z jednej strony pełni to funkcję ochronną, z drugiej strony znacznie utrudnia budowanie bliskiego, intymnego związku. „Bez zaufania związek nie będzie dobrze funkcjonował, po prostu nie będzie się rozwijał. Aby komuś zaufać, musisz oduczyć się wielu negatywnych reakcji i uczuć. Będziesz musiał cofnąć się do wczesnego dzieciństwa i nauczyć się ufać" (J. G. Woititz 2000, s. 50- 51).
10) **Granice**- w rodzinie alkoholowej bardzo często „granice między obszarami psychologicznymi osób są chaotyczne i niejasne. Członkowie takiej rodziny

>>żyją<< za alkoholika, martwią się za niego, myślą, planują, a nawet >>chcą<< za niego" (M. Głuszek- Osuch 2006, s. 81). W rezultacie, dorosłe dzieci alkoholików miewają trudności w respektowaniu granic innych osób oraz swoich własnych. Nie wiedzą, czym jest intymność oraz kiedy granice własne i czyjeś granice prywatności zostają naruszane. Może to generować trudności w relacjach intymnych w identyfikowaniu sytuacji, kiedy omawiane granice są przekraczane i tych, kiedy powinny zostać „nienaruszone" (J. G. Woititz 2000, s. 55- 56).

11) **Oczekiwania**- dorosłe dzieci alkoholików szybko nauczyły się, że lepiej nie mieć żadnych oczekiwań wobec bliskich osób, ponieważ często nie zostają one zrealizowane, co powoduje smutek, zawód oraz złość. Mają trudność w mówieniu o nich i bywa, że oczekują, że partner sam domyśli się, co jest dla nich ważne. „Taka postawa wynika z obaw i wątpliwości co do własnej wartości" (J. G. Woititz 2000, s. 57). Mogą być tworzone domysły, co utrudnia kontruktywną komunikację i może generować konflikty.
12) **Kontrola**- potrzeba kontroli stanowi istotny aspekt funkcjonowania zarówno całego systemu alkoholowego, jak również poszczególnych jego członków. „Dzieci, żyjące z pijącym i coraz bardziej nieodpowiedzialnym alkoholikiem oraz z drugim rodzicem, obsesyjnie pochłoniętym utrzymaniem kontroli nad alkoholikiem" (E. Włodarczyk 2016, s. 48). W związkach intymnych dorosłe dzieci alkoholików często czują, że jeżeli nie będą w stanie utrzymać kontroli nad wszelkimi aspektami relacji (również nad samym partnerem), ulegnie ona rozpadowi (J. G. Woititz 2000, s. 60). Takie zachowanie znacznie utrudnia skupienie się na sobie, na tym, co się czuje i czego potrzebuje, a tym samym uniemożliwia rozwój bliższej relacji.
13) **Lojalność**- dorosłe dzieci alkoholików wykazują dużą lojalność wobec partnera relacji intymnej. Niemniej jednak, omawiana lojalność powinna opierać się na wspólnie określonych zasadach, dzięki temu każda z osób tworzących relację ma świadomość tego, czego może oczekiwać od partnera i ile sama jest w stanie do niej wnieść. Dorosłe dzieci alkoholików miewają tendencję do nadmiernej lojalności nawet wobec osób, które je krzywdzą. „Jeżeli w związku nie da się rozwiązać problemów, nie należy nadal oszukiwać się, że wszystko można naprawić. To powtórzenie marzeń z dzieciństwa, że życie byłoby cudowne, gdyby tylko... Wtedy się nie spełniły. Teraz też się nie uda" (J. G. Woititz 2000, s. 62).
14) **Ważność uczuć**- osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej, w dorosłym życiu mają potrzebę, by ich uczucia zostały zauważone i uznane za istotne. By mogło to

mieć miejsce, musiałyby uzewnętrznić się przed drugą osobą, mówić o tym, czego doświadczają, a takie funkcjonowanie bywa dla nich trudne, ponieważ często same nie wiedzą, co czują i czego pragną oraz boją się podejmowania rozmów w tej kwestii, z obawy przed odrzuceniem. Zdarza się również, że dorosłe dzieci alkoholików miewają trudności w uznaniu ważności uczuć partnera, a przecież „uznanie nie oznacza ugody. Oznacza szacunek dla różnic i podobieństw. To kamień węgielny dla dobrego, stałego porozumiewania się. Bez uznania ważności uczuć komunikowanie się jest jedynie próbą sił" (J. G. Woititz 2000, s. 67).

Zarówno Janet G. Woititz, jak również Zofia Sobolewska- Mellibruda, zwróciły szczególną uwagę na poszczególne trudności, jakich mogą doświadczać dorosłe dzieci alkoholików w związkach intymnych. Autorki podkreślają przy tym istotność wcześniejszych doświadczeń tej grupy osób, dla kształtowania ich aktualnego sposobu bycia w relacjach partnerskich, a konkretniej- ich samopoczucia w tworzonej diadzie, problemów komunikacyjnych, obaw, które są generowane. Rzadko jednak jest poruszany wątek dotyczący seksualności dorosłych dzieci alkoholików, a przecież jest ona elementem prawie każdej bliskiej relacji intymnej.

„Seksualność to całokształt doznań i przeżyć związanych z odczuwaniem i realizacją potrzeby seksualnej. Można zatem powiedzieć, że seksualność człowieka stanowi kompilację indywidualnych biopsychospołecznych cech (uwarunkowań) osoby, których kombinacja przejawia się realizacją swoistej biografii seksualnej. Wiąże się z rozwojem seksualnym i na różnych jego etapach manifestuje się pod postacią charakterystycznych dla wieku i faz rozwojowych przejawów" (K. Waszyńska 2010, s. 37). W rodzinie alkoholowej kwestia bliskości, w tym bliskości seksualnej pomiędzy małżonkami, bywa czymś, co jest często traktowane jako panaceum na doświadczane trudności. Czasami zbliżenie intymne bywa wykorzystywane w celu przerwania kłótni, bądź jako konieczność wynikająca ze stereotypowo przyjętego obowiązku żony względem męża, a powinna być wyrazem ich bliskości emocjonalnej. W konsekwencji dorosłe dzieci alkoholików często nie wiedzą, czym jest bliskość intymna a współżycie mogą traktować instrumentalnie.

Monika Filipiak oraz Katarzyna Waszyńska zrealizowały badania odnoszące się do seksualności dorosłych dzieci alkoholików. Autorki wykazały, że ich funkcjonowanie, w aspekcie życia seksualnego, znacząco różni się od funkcjonowania w tej samej płaszczyźnie osób nie pochodzących z rodziny alkoholowej. Dorosłe dzieci alkoholików mają bardziej negatywne nastawienie do sfery seksualnej, aniżeli pozostała grupa osób. Doświadczanie własnej seksualności często wiąże się u nich z przeżywaniem wielu nieprzyjemnych emocji:

wstydu, lęku, niepokoju, obawy przed odrzuceniem przez partnera oraz pejoratywnego nastawienia do swojej seksualności. Zdecydowanie częściej nawiązują krótkotrwałe relacje intymne i mają trudności w utrzymywaniu długich relacji partnerskich. Wszystkie osoby z grupy kontrolnej rozpoczęły życie seksualne, a wśród dorosłych dzieci alkoholików 1/3 nigdy nie doświadczyła zbliżenia intymnego z partnerem. Te z nich, które podejmowały kontakty seksualne, doświadczały ich z mniejszą częstotliwością oraz podczas ich przeżywania rzadziej przeżywały orgazm. Ich niskie poczucie własnej wartości okazuje się być także istotne w omawianej sferze. Mianowicie, częściej, aniżeli w grupie kontrolnej, uważają one, że nie potrafią zaspokoić seksualnie partnera oraz wskazują, że w relacji intymnej z nim mają trudność z osiąganiem podniecenia, wzwodu, wytrysku, satysfakcji seksualnej oraz odczuwają bolesność podczas zbliżeń (K. Waszyńska, M. Filipiak 2009, s. 22- 23).

Wskazane wyżej trudności dorosłych dzieci alkoholików w związkach intymnych są pochodną doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego, a konkretniej- braku bliskości w relacjach z rodzicami, możliwości obserwacji, jak powinna wyglądać konstruktywna komunikacja, nieokazywania ważności, dla przeżywanych przez nich uczuć i trudności i wielu innych, które towarzyszą dorastaniu w takim systemie rodzinnym. W konsekwencji ich problemy w związkach partnerskich oscylują przede wszystkim wokół indywidualnych trudności tej grupy osób, związanych z niską umiejętnością identyfikowania własnych stanów emocjonalnych, potrzeb, podejmowania prób kontroli z obawy przed odrzuceniem, które rzutują na jakość ich relacji intymnych. Należy jednak podkreślić, że związek zawsze jest relacją dwojga ludzi, w konsekwencji wspomniane trudności mogą być intensywniej generowane bądź minimalizowane przez partnera relacji, ze względu na jego osobowość, sposób funkcjonowania oraz jego indywidualne trudności. Tak więc dorosłe dziecko alkoholika nie jest zawsze odgórnie „skazane" na tworzenie nieudanych związków intymnych. Może stworzyć satysfakcjonującą relację, niemniej jednak często wymaga to dużej samoświadomości i pracy nad sobą.

6.3.2. Style przywiązania dorosłych dzieci alkoholików a ich relacje intymne

Istotny wkład w rozumienie problemów oraz dynamiki zachodzących procesów w relacjach intymnych między ludźmi dokonali Cindy Hazan oraz Philip Shaver, którzy potraktowali miłość romantyczną, jako proces przywiązaniowy. Wskazali oni, że tak, jak pomiędzy niemowlęciem a figurą przywiązania, tak pomiędzy partnerami życiowymi, pojawiają się podobne rodzaje mechanizmów (W. Juroszek 2012, s. 90). W konsekwencji „badacze ci dostrzegli, że emocjonalna i behawioralna dynamika relacji niemowlę- dorosły i dynamika romantycznych relacji dorosłych są zależne od tego samego biologicznego systemu"

(H. Liberska, D. Suwalska 2011, s. 26). Osoby dorosłe w wyborze partnera, kierować się mogą podobieństwem specyfiki relacji z nim do tej, jakiej doświadczyły z figurą przywiązania we wczesnym etapie dzieciństwa. Należy przy tym podkreślić, że nie wszyscy badacze podzielają ten pogląd. Uważam jednak, że wytworzony styl przywiązania między matką i dzieckiem, zwłaszcza w rodzinie alkoholowej, w której występuje szereg czynników ryzyka, może mieć znaczenie w przyszłym wyborze partnera życiowego przez dorosłe dziecko alkoholika.

W rozdziale dotyczącym specyfiki funkcjonowania dziecka i adolescenta z rodziny alkoholowej dokonałam opisu problematyki związanej z teorią przywiązania oraz dokonałam krótkiej charakterystyki poszczególnych stylów przywiązania w odniesieniu do funkcjonowania dziecka/ adolescenta. W tym miejscu chciałabym dokonać krótkiej charakterystyki tego, w jaki sposób utworzony u jednostki określony styl przywiązania może wpływać na jej funkcjonowanie w związku intymnym.

Osoby przywiązane bezpiecznie, w związkach intymnych, czerpią satysfakcję z bliskości z partnerem oraz akceptują jego zachowania mające na celu podtrzymanie i zwiększanie wzajemnej bliskości. Charakteryzuje je zadowolenie z bliskiej relacji i mają przekonanie o wierności partnera okazując mu tym samym zaufanie. Respektują jego granice i wykazują gotowość do wzajemnego wspierania się (H. Liberska, D. Suwalska 2011, s. 26). Komunikacja z partnerem osób przywiązanych bezpiecznie opiera się na otwartości, wzajemnym zaufaniu i przeświadczeniu, że jest się chętnie wysłuchiwanym (M. Plopa 2008, s. 287).

Osoby przywiązane unikowo nie odczuwają satysfakcji z bliskości z partnerem i mają trudność w obdarzeniu go całkowitym zaufaniem, a okazywane im pragnienie bliskości przez drugą osobę najczęściej generuje w nich obawy, a nawet opór (H. Liberska, D. Suwalska 2011, s. 26). Gdy partner wykazuje potrzebę bliskości, osoby przywiązane unikowo odczuwają zdenerwowanie i zażenowanie. Mają one potrzebę stawiania wyraźnych granic w związku, których przekraczanie generuje w nich irytację (M. Plopa 2008, s. 288).

Osoby przywiązane lękowo- ambiwalentnie często mają przekonanie, że ich partner nie jest w stanie angażować się w bliskie relacje, co generuje u nich dyskomfort psychiczny. Ponadto, charakterystyczne jest dla nich odczuwanie niepokoju o trwałość relacji i obawa przed utratą partnera. Nierzadko obawiają się, że mogą być dla bliskiej im osoby nieatrakcyjne i w konsekwencji ta może poszukiwać alternatywnych relacji intymnych z innymi osobami (H. Liberska, D. Suwalska 2011, s. 26). Ponadto, „stany niepokoju nasilają się, gdy partner nie zachowuje się zgodnie z oczekiwaniami, na przykład nie jest wystarczająco czuły, otwarty, wspierający, nie odwzajemnia uczuć. Obawy te nie muszą mieć obiektywnego uzasadnienia,

wynikają najczęściej z obniżonego poczucia bezpieczeństwa, >>przewrażliwienia<< na punkcie relacji ja- partner" (M. Plopa 2008, s. 288).

Jak wzmiankowałam we wcześniejszych fragmentach części teoretycznej tej pracy, matki dzieci alkoholików często nie mają warunków, możliwości bądź zasobów do tego, by nawiązać ze swoimi dziećmi bezpieczny styl przywiązania. Jak wskazują badania przeprowadzone przez Weronikę Juroszek oraz Magdalenę Zglińską na grupie czterdziestu dorosłych dzieci alkoholików w porównaniu z osobami nie pochodzącymi z rodziny alkoholowej, „osoby z grupy DDA, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, uzyskały istotnie wyższe wyniki w skali unikającego stylu przywiązania: obie średnie różniły się istotnie od siebie: $t(79)= 3{,}75$; $p < 0{,}001$" (W. Juroszek, M. Zglińska 2012, s. 118). Taka sama zależność miała miejsce w przypadku lękowo- ambiwalentnego stylu przywiązania (W. Juroszek, M. Zglińska 2012, s. 118). Niemniej jednak, jak również wskazały autorki, „DDA nie różnią się od osób z grupy kontrolnej pod względem bezpiecznego stylu przywiązania. Oznacza to, że w bliskich związkach osoby z obu grup czują się tak samo bezpiecznie" (W. Juroszek, M. Zglińska 2012, s. 119). Równocześnie podkreślają, że może to być wynikiem udziału w terapii dorosłych dzieci alkoholików.

Lucyna Bobkowicz- Lewartowska przeprowadziła badania na grupie trzydziestu pięciu dorosłych dzieci alkoholików, odnoszące się do ich funkcjonowania w związkach partnerskich. Autorka na ich podstawie wyróżniła trzy typy osób różniące się między sobą w zakresie rodzaju przeżywanej miłości. Pierwsza z nich wykazywała wysoki poziom zaangażowania, namiętności oraz intymności. Jak badaczka wskazuje, „prawdopodobnie są to osoby, którym udało się stworzyć związek kompletny, w którym współistnieją w równym stopniu trzy składniki miłości, tzn. namiętność, intymność i zaangażowanie" (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 123). Druga grupa wytypowanych osób silnie przeżywała intymność w związkach, niemniej jednak słabo namiętność, z kolei trzeci typ osób charakteryzował się niskim zaangażowaniem, namiętnością i intymnością. Autorka na podstawie uzyskanych danych próbowała również ocenić satysfakcję ze związków dorosłych dzieci alkoholików. Jak się okazało, grupa trzecia wykazywała najmniejsze zadowolenie z jakości relacji intymnej ponosząc przez jej podtrzymywanie więcej strat aniżeli zysków (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 125). Mimo, że L. Bobkowicz- Lewartowska w swoich badaniach nie analizowała stylu przywiązania dorosłych dzieci alkoholików i nie posługiwała się narzędziami mogącymi go dookreślić w tej gruie osób, to podkreśla, że „jest możliwy bliski, głęboki związek emocjonalny wśród Dorosłych Dzieci Alkoholików" (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 126). Wyniki uzyskane przez autorkę mogą sugerować, że opisywana przeze mnie grupa osób jest grupą

heterogeniczną, również pod względem jakości relacji intymnych przez nią nawiązywanych. Nie wyklucza to jednak faktu, że z pewnością, z powodu doświadczeń wyniesionych z domu rodzinnego, mogą prezentować większą trudność we wchodzeniu i utrzymywaniu bliskich i konstruktywnych relacji intymnych.

H. Skrętowska podkreśla, że „jeśli DDA tworzą związki partnerskie, trudno jest im zachowywać spokojną bliskość, gdyż obawiają się jej utraty. Często więc utrzymują duży dystans do partnera. Czasem, gdy w relacji partner »nadmiernie« się zbliża, uruchamiają (oczywiście nieświadomie) tendencje do wycofania i zepsucia relacji, aby w ten sposób zachować iluzję swojej sprawczości (*to ja porzucę, a więc nie zostanę porzucona*)" (H. Skrętowska 2012, s. 29). Wynika to z trudności, jakie mają dorosłe dzieci alkoholików w konstruktywnym wyrażaniu własnych uczuć, jak również potrzeb oraz lęk przed utratą własnego Ja. Dlatego mogą tworzyć „mało stabilne związki, ich małżeństwa rozpadają się częściej niż związki osób pochodzących z rodzin niealkoholowych; nierzadko też nie decydują się na posiadanie dzieci, gdyż boją się, że je skrzywdzą" (A. Kałęcka, A. Izdebska, J. Wolny, B. Scholz, A. Filipiak- Siewodnik, K. Małolepsza, B. Łabuńko, B. Kroll 2006, s. 145).

Podsumowując, ze względu na specyfikę warunków środowiskowych, w jakich dorastają dzieci alkoholików, często wkraczają w dorosłe życie w poszukiwaniu partnera nierzadko powielając w relacji z nim schematy wyniesione z domu rodzinnego. Na drugim kontinuum znajduje się grupa tych osób, które, mimo niesprzyjających warunków środowiskowych, stworzyły bliską, stabilną i satysfakcjonującą relację z osobą płci przeciwnej w okresie dorosłości, w której czują się dobrze i bezpiecznie. Można wobec tego wysnuć hipotezę o występowaniu w ich życiu, w okresie dzieciństwa i adolescencji, istotnych czynników, które w sposób znaczący rzutowały na ich późniejszy rozwój i jakość nawiązywanych relacji damsko-męskich.

6.4. Proces resilience- czynniki ochronne dorosłych dzieci alkoholików

Należy podkreślić, że część dorosłych dzieci alkoholików funkcjonuje w sposób aprobowany społecznie osiągając niekiedy wiele sukcesów w różnych obszarach życia i nie wymagając uczestniczenia w żadnych formach pomocy. W konsekwencji, coraz częściej w literaturze przedmiotu porusza się wątek dotyczący procesu *resilience* oraz czynników ochronnych go wspierających, które pośrednio mogą być przyczyną konstruktywnego funkcjonowania opisywanej przeze mnie grupy osób i stanowić swego rodzaju wsparcie w ich rozwoju i realizacji określonych zadań rozwojowych.

Timmen L. Cermak oraz Jacques Rutzky, zwracając się w swojej książce do dorosłych dzieci alkoholików, podkreślają, że „najważniejszą rzeczą jest to, że dzieci alkoholików są tymi, którzy przetrwali. Udało się to każdemu, kto czyta tę książkę. Wielu z nas przetrwało wbrew przeciwnościom losu. Wielu przetrwało dzięki inteligencji, inni dzięki wytrwałości, a jeszcze innym udało się to dzięki ogromnej kreatywności" (T. L. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 28). W swojej wypowiedzi podkreślili istotność zasobów osobowościowych dorosłych dzieci alkoholików, którymi te dysponują, a które mogą mieć niebagatelny wpływ na ich zdolność poradzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami.

Mimo, że początkowo, interesując się problematyką dorosłych dzieci alkoholików, koncentrowano swoją uwagę przede wszystkim na trudnościach i problemach, z jakimi się stykają oraz jakie pojawiają się w ich funkcjonowaniu i rozwoju, zapominając przy tym często o zasobach, którymi dysponują, a „pomimo wzrastania w wyjątkowo niekorzystnych warunkach i obecności szeregu czynników ryzyka część Dorosłych Dzieci Alkoholików nie tylko dobrze, ale nawet ponadprzeciętnie funkcjonuje w różnych obszarach swojego życia" (K. Gąsior 2012, s. 100), to współcześnie wątek związany z ich efektywnym radzeniem sobie w różnych obszarach życia jest coraz częściej poruszany w literaturze przedmiotu. Dostrzeżono, że wiele dzieci pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych (nie tylko z rodzin alkoholowych), narażonych na oddziaływanie przewlekłego stresu, dobrze, a niekiedy ponadprzeciętnie radzi sobie w różnych obszarach życia. E. James Anthony, opisując jednostki wychowywane w dysfunkcyjnym środowisku rodzinnym, porównał je do trzech rodzajów lalek: szklane, które są bardzo delikatne i podatne na „stłuczenia"; plastikowe, które są bardziej wytrzymałe, niemniej jednak szybko się zniekształcają; żelazne, które są niezwykle odporne na różne urazy oraz przeciwności (K. Gąsior 2012, s. 100- 101).

Z biegiem czasu, na skutek realizacji licznych badań naukowych i dostrzeżenia pozytywnej adaptacji dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, mimo niesprzyjających warunków środowiskowych, w jakich wzrastały i narażenia na liczne czynniki ryzyka, zaczęto intensywniej interesować się tym, co przyczynia się do ich konstruktywnego funkcjonowania. Nazwano to procesem- *resilience*, który „odnosi się do dynamicznego zjawiska obejmującego dobre przystosowanie w kontekście znaczących, niesprzyjających okoliczności życiowych" (I. Grzegorzewska 2011, s. 37). Koncepcja *resilience* (odporność, elastyczność, prężność), stała się jedną z najistotniejszych koncepcji, starających się wyjaśnić działanie procesów odpornościowych u tych osób, które doznały niekorzystnych doświadczeń, jak również traum w dzieciństwie.

Początki badań nad zjawiskiem odporności psychicznej można upatrywać w pracach Garmezy'ego, Wernera oraz Smith. Wspomnieni autorzy prowadzili analizy empiryczne na grupie 200 dzieci pochodzących z USA. Śledzenie ich funkcjonowania pozwoliło wyodrębnić wspólny im wszystkim wzorzec zachowań. „Okazało się, że większość owych dzieci dorastających w bardzo niesprzyjających warunkach rozwijała się prawidłowo, prezentując mniej lub bardziej zdrowy sposób funkcjonowania" (I. Grzegorzewska 2013, s. 41). Istotne są tezy, wystosowane przez badaczy mówiące o tym, że intensywniejszy wpływ na ostateczny efekt rozwojowy będą miały pozytywne relacje interpersonalne dziecka, aniżeli oddziałujące na nie czynniki ryzyka. W konsekwencji, nawiązując do odporności psychicznej, należy wskazać, że jest to „wieloczynnikowy proces radzenia sobie z niekorzystnymi warunkami rozwoju i prowadzący do pozytywnej adaptacji. W procesie tym indywidualne, rodzinne i pozarodzinne czynniki ochrony podlegają interakcji z czynnikami ryzyka, redukując lub kompensując ich negatywny wpływ" (I. Grzegorzewska 2013, s. 46). Omawiana interakcja dwóch grup czynników, według Normana Garmezy'ego, hipotetycznie może być przedstawiona za pośrednictwem trzech modeli:

1) **model zrównoważenia ryzyka**- czynniki chroniące są tymi, które w sposób bezpośredni oddziałują na zachowanie i kompensują negatywny wpływ czynników ryzyka bądź skracają czas ekspozycji dziecka na ich działanie. Przykładem może być permanentnie istniejący stres w rodzinie alkoholowej, który generuje problemy w zachowaniu u dziecka. Niemniej jednak, relacja wychowanka ze znaczącą osobą dorosłą może modyfikować wpływ ryzyka, który jest pochodną funkcjonowania środowiska rodzinnego (W. Junik 2012, s. 33; I. Grzegorzewska 2013, s. 46);
2) **model redukcji ryzyka**- czynniki chroniące mają osłabiać wpływ czynników ryzyka w konsekwencji ich korelacji ze sobą. Dzięki temu obniżają negatywną reakcję łańcuchową, która występuje po doświadczaniu niekorzystnych wydarzeń życiowych. Przykładem może być wsparcie rodzicielskie w okresie adolescencji, kóre zmniejsza negatywne oddziaływanie grupy rówieśniczej funkcjonującej nie przystosowawczo, na jednostkę (W. Junik 2012, s. 33; I. Grzegorzewska 2013, s. 46);
3) **model uodparniania na ryzyko**- osoba może być uodparniana poprzez działanie czynników ryzyka. Umiarkowany ich poziom może uodparniać

daną jednostkę na szkodliwe ich działanie i równocześnie przygotowywać ją do nowych oraz trudniejszych wyzwań (K. Gąsior 2012, s. 105; I. Grzegorzewska 2013, s. 47)[130].

Odwołując się do procesu odporności psychicznej, dużą istotność przypisuje się omawianym czynnikom ochronnym, które wzmacniają pozytywną adaptację jednostki mimo niesprzyjających warunków środowiskowych. Początkowo koncentrowano się głównie na właściwościach osobowościowych. Przeglądu koncepcji, jak również badań nad czynnikami chroniącymi, które wiążą się z właściwościami osobowościowymi w płaszczyźnie sprzyjania zdrowiu dokonali Zygfryd Juczyński, jak również Nina Ogińska- Bulik. Wymieniają oni: poczucie koherencji, optymizm życiowy, poczucie własnej wartości, umiejscowienie kontroli zdrowia oraz poczucie skuteczności, jako „zasoby czy potencjały zdrowia" (N. Ogińska- Bulik, Z. Juczyński 2010, s. 147).

Dokonując ogólnej kategoryzacji można wyróżnić trzy grupy czynników ochronnych:

1) **Czynniki indywidualne**: cechy osobowości, umiejętności społeczne, pozytywny temperament, zdolności poznawcze, procesy motywacyjne.
2) **Zasoby rodzinne**: relacje rodzic- dziecko, struktura rodziny, role, zasady i rytuały rodzinne.
3) **Zasoby środowiska lokalnego**: konstruktywni rówieśnicy, dobra szkoła, przyjazne oraz bezpieczne sąsiedztwo, obecność życzliwych i kompetentnych dorosłych (K. Gąsior 2012, s. 101).

Wyżej wyróżnione obszary i elementy czynników ochronnych w życiu jednostki, spełniają bardzo istotną funkcję, gdy ta jest narażona na silne działanie czynników ryzyka. Odnosząc się do koncepcji czynników ochronnych oraz zasobów, początkowo większą uwagę zwracano na „pozytywnych aspektach osobowości i środowiska, w których upatrywano źródła zdrowia i poczucia jakości życia a dopiero później próbowano je wykorzystywać w tworzeniu modeli i badań empirycznych nad radzeniem sobie ze stresem trauatycznym i stresem życia codziennego" (L. Cierpiałkowska 2007, s. 13).

Nawiązując do wielu koncepcji oraz wyników badań empirycznych odnoszących się do cech i właściwości dzieci odpornych, B. Benard stwierdziła, że można dokonać ich kategoryzacji w cztery główne kategorie:

[130] W literaturze przedmiotu można znaleźć również klasyfikację omawianych modeli wystosowaną przez Stevensona Fergusa oraz Marca Zimmermana, które stanowią uzupełnienie wyżej opisanych. Autorzy wyróżnili modele: stabilzujący ryzyko; ochronno- reaktywny oraz szczepienia (I. Grzegorzewska 2013, s. 48- 50). Są one bardzo zbliżone do pierwotnych modeli zaproponowanych przez Normana Germazy'ego, w konsekwencji nie podejmuję się ich szczegółowej analizy.

1) **Kompetencje społeczne**- obejmują wszystkie umiejętności, cechy oraz postawy, które są niezbędne do nawiązywania konstruktywnych, bliskich i pozytywnych relacji z innymi ludźmi. Do najważniejszych zalicza:
    a) **responsywność**- odnosi się do wrażliwości oraz elastyczności w relacjach z drugą osobą. Jest to również umiejętność uzyskiwania pozytywnych reakcji na własną osobę ze strony innych ludzi. Cecha ta jest szczególnie istotna w okresie dzieciństwa, gdy dziecko jest intensywnie narażone na oddziaływanie czynników ryzyka. Jeśli posiada umiejętność zjednywania osób, umożliwia to jej nawiązywanie kontaktów z ludźmi spoza rodziny i tym samym zwiększa szansę na znalezienie dobrego dorosłego, pełniącego funkcję ochronną (K. Gąsior 2012, s. 107- 108).
    b) **Komunikacja**- nawiązywanie kontaktów międzyludzkich wiąże się z umiejętnościami komunikacyjnymi a w szczególności z konstruktywnym rozwiązywaniem konfliktów, obroną swoich racji, jak również osiąganiem kompromisu (L. Cierpiałkowska 2007, s. 13).
    c) **Empatia oraz troska**- empatia jest zdolnością do rozumienia sytuacji i przede wszystkim uczuć danej jednostki. Szczególnie intensywnie charakteryzuje osoby odporne oraz prężne. Ułatwia budowanie kontaktów i umożliwia rozwój uczuć moralnych i altruizmu (K. Gąsior 2012, s. 108).
    d) **Współczucie, altruizm oraz umiejętność wybaczania sobie oraz innym ludziom**- „zdolności te leżą u podłoża łagodzących cudze cierpienia. Współczucie czasami nazywane jest >>empatią w działaniu<<. Przywołuje altruistyczną motywację do pomagania innym. Altruizm zaś uważany jest za najwyższą formę kompetencji społecznych” (K. Gąsior 2012, s. 108).
2) **Umiejętność rozwiązywania problemów:**
    a) **Planowanie**- związane z umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz z samokontrolą (K. Gąsior 2012, s. 108).
    b) **Elastyczność i giętkość**- umiejętności te odnoszą się do zauważania różnorodnych, alternatywnych rozwiązań oraz efektywnego ich realizowania (K. Gąsior 2012, s. 108).

c) **Przedsiębiorczość**- do jej elementów składowych można zaliczyć pomysłowość oraz zaradność, które umożliwiają adaptację, za pośrednictwem wykorzystania różnorodnych zasobów. Bardzo istotną rolę odgrywa przy tym zdolność do korzystania ze wsparcia środowiskowego w sytuacjach trudnych i krytycznych (K. Gąsior 2012, s. 109).

d) **Zdolność do krytycznego myślenia oraz do refleksyjności-** krytyczne myślenie stanowi istotny element procesów poznawczych i określane bywa jako wyższa ich forma, pozwalająca odkryć głębszy sens różnorodnych zachowań, sytuacji, zdarzeń. Z kolei refleksyjność jest jednym z atrybutów krytycznego myślenia oraz umożliwia zarówno głębsze zrozumienie indywidualnego, psychologicznego oraz społecznego funkcjonowania, ale również „pomaga dzieciom zauważyć i zinterpretować przeciwności losu w sposób, który umożliwia im wyruszenie w świat bez oblicza ofiary oraz dostrzeżenie nowych dróg życia dla siebie" (B. Benard 2004, s. 19; K. Gąsior 2012, s. 109).

3) **Autonomia**- niezwykle złożona właściwość, która zawiera w sobie bardzo ważną zdolność, jaką jest zdystansowanie się dziecka do chorego rodzica. Autonomia pozwala na samodzielne i niezależne działanie, ale również na samokontrolę.

a) **Tożsamość**- podstawą autonomii jest stabilna, spójna oraz pozytywna tożsamość siebie.

b) **Poczucie wewnętrznej kontroli oraz inicjatywa**- wewnętrzne umiejscowienie kontroli odnoszące się do własnego życia i świata zewnętrznego są kluczowymi czynnikami wpływającymi na prężność oraz odporność. Mają one znaczący wpływ na umiejętność radzenia sobie ze stresem, jak również z sytuacjami trudnymi oraz większą motywacją do działania.

c) **Poczucie własnej skuteczności-** wiąże się z przeświadczeniem jednostki o tym, że ma ona rzeczywisty wpływ na swoje życie.

d) **Dystans wobec dezadaptacyjnych przekazów rodzinnych odnoszących się do życia, własnej osoby oraz innych ludzi**. Szczególnie istotną rolę odgrywa w rodzinie alkoholowej, w której często negatywne komunikaty zwrotne wobec dzieci przeważają nad

pozytywnymi komunikatami zwrotnymi, które często mają niewiele wspólnego z rzeczywistością.

e) **Samoświadomość i rozwaga**- samoświadomość dotycząca własnego funkcjonowania, przeżywanych uczuć i doświadczanych problemów, daje jednostce możliwość zrozumienia złożoności ludzkiego zachowania, jak również indywidualnych potrzeb istotnych w osobistym rozwoju.

f) **Poczucie humoru oraz autoironia**- humor pozwala jednostce rozładować emocjonalne napięcie, z kolei autoironia- uzyskanie dystansu wobec siebie i swoich problemów. Umożliwia to dostrzeżenie alternatywnego spojrzenia na różnorodne sprawy.

4) **Poczucie celu oraz sensu w życiu**- czynniki, które składają się na tę właściwość są bardzo istotnymi prognostykami dobrego przystosowania jednostki i jej adaptacji.

a) **Ukierunkowanie na cel i motywacja do osiągnięć**- pozytywna oraz intensywna orientacja na osiągnięcia w pracy czy nauce mają istotne znaczenie w redukcji wpływów czynników ryzyka. Jest silnie chroniącym czynnikiem, bowiem ukierunkowuje aktywność jednostki na przyszłość i zmniejsza tym samym koncentrację na aktualnych problemach.

b) **Specjalne zainteresowania oraz twórcza wyobraźnia i kreatywność**- te dzieci, które posiadały konkretne zainteresowania i hobby, często doświadczają znacznej przyjemności w ich rozwijaniu. Dzięki temu mogą ukierunkować swoją uwagę na inne aspekty swojego życia, aniżeli te dotyczące trudności w domu rodzinnym.

c) **Nadzieja oraz optymizm**- podtrzymując nadzieję na lepszą przyszłość, jednostce łatwiej jest przetrwać bieżące trudności. Nadzieja buduje optymizm, a ta z kolei ułatwia radzenie sobie z sytuacjami trudnymi i stresującymi.

d) **Wiara, duchowość oraz poczucie sensu życia**- pozwalają na lepsze zrozumienie meandrów życia i łączą się z umiejętnością nadania trudnym doświadczeniom, złu, cierpieniu, głębszego sensu i znaczenia (K. Gąsior 2012, s. 107- 112).

Badania dotyczące prężności dorosłych dzieci alkoholików przeprowadziła Emmy E. Werner wyodrębniając grupę badawczą liczącą 49 dzieci alkoholików. Autorka wskazała, że potomstwo matek alkoholiczek, w odróżnieniu od dzieci ojców alkoholików, cechowało wyższe wskaźniki pojawiania się problemów przystosowawczych, jak również psychopatologicznych. Z kolei te dzieci, które kończąc osiemnaście lat nie wykazywały żadnych poważniejszych problemów zdrowotnych, charakteryzowały się równocześnie znacznymi umiejętnościami społecznymi, spokojnym temperamentem, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli oraz wysokim poczuciem własnej wartości (E. E. Werner 1986, s. 34- 40).

Inne badania nad prężnością dzieci alkoholików przeprowadzili Adam C. Carle, Laurie Chassin oraz Amy Shannon, jak również Hall i Webster. Były one również realizowane w płaszczyźnie noodynamiki, jako ochronnej właściwości egzystencji oraz profilaktyki i psychoterapii, które również miały pełnić rolę czynników ochronnych u opisywanej grupy osób. Wyodrębnili grupę osób pochodzących z rodziny alkoholowej oraz tę, u których w domu omawiany problem nie występował. Autorzy wykazali, że nasilenie umiejętności społecznych nie różnicował badanej grupy, niemniej jednak poziom kompetencji był niższy u tych, których rodzic był uzależniony od alkoholu. Dzięki omawianym badaniom udało się wyodrębnić grupę tzw. dzieci odpornych[131] w grupie osób pochodzących z rodziny alkoholowej, z wysokim poziomem kompetencji w płaszczyźnie zdolności do kontroli zachowań, kompetencji szkolnych, jak również umiejętności przestrzegania ogólnoprzyjętych zasad społecznych (K. Gąsior 2012, s. 117- 128).

Jednym z czynników ochronnych w przebiegu procesu rezyliencji u dzieci osób uzależnionych od alkoholu jest specyfika funkcjonowania rodziny, a konkretniej- rozpoczęcie leczenia przez chorego. Na gruncie polskiej rzeczywistości, badania w tej płaszczyźnie przeprowadziła Iwona Grzegorzewska, która chciała sprawdzić, czy i w jakim stopniu dzieci i adolescenci różnią się w zakresie realizacji zadań rozwojowych odpowiadających im wiekowi rozwojowemu, w zależności od (nie)podjęcia leczenia przez ich uzależnionego rodzica. Jak sama autorka wskazała, „w przypadku dzieci ojców leczących się wyniki mogą wskazywać na

[131] Terminem **dzieci odporne**, a konkretniej- **dzieci rezylientne**, po raz pierwszy posłużyła się Emmy E. Werner. Odnosi się on do tej grupy jednostek, które mimo wzrastania w niesprzyjających warunkach środowiskowych, wykazują dobre albo ponadprzeciętne przystosowanie do życia społecznego. W realizowanych przez autorkę badaniach empirycznych wykazała ona, że tę grupę dzieci, w porównaniu z grupą nierezylientnych dzieci z rodzin alkoholowych, charakteryzowały: pozytywny temperament, wyższy poziom inteligencji oraz zdolności językowych, poczucia kontroli wewnętrznej, umiejętności szkolnych. Ponadto doświadczały one stabilnej relacji przywiązania, mniej konfliktów wewnątrz rodzinnych, doświadczały mniej stresu związanego ze statusem socjoekonomicznym rodziny (W. Junik 2012, s. 32).

pewną tendencję do poprawy ich funkcjonowania w zakresie zadań związanych z relacjami rówieśniczymi i planowaniem przyszłości- na co wskazuje brak istotnych różnic między grupą dzieci ojców leczących się a grupą kontrolną, przy istnieniu różnic między tą ostatnią grupą a grupą dzieci ojców nieleczących się" (I. Grzegorzewska 2011, s. 183- 185). W podsumowaniu swojego artykułu autorka wskazuje, że rozpoczęcie leczenia przez uzależnionego rodzica może zapoczątkować szereg pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jego dzieci (I. Grzegorzewska 2011, s. 183- 185).

Badania odnoszące się do poziomu realizacji zadań rozwojowych, jak również indywidualnych, pozarodzinnych i rodzinnych czynników wyjaśniających uwarunkowania związane ze zmiennością w zakresie zadań rozwojowych przez dorosłe dzieci alkoholików realizowała Lidia Cierpiałkowska. 45% spośród osób z wyodrębnionej przez autorkę próby badawczej korzystało z psychoterapii. Badaczka na podstawie uzyskanych przez siebie wyników wskazała, że badana grupa okazała się silnie heterogeniczna zarówno w aspekcie realizacji zadań rozwojowych, jak również poziomu internalizacji oraz eksternalizacji problemów. Stwierdzono również negatywny związek ze zmiennością poziomu realizacji zadań rozwojowych z poziomem opieki ze strony nauczycieli i poziomem depresji. Równocześnie odnotowano pozytywny związek pomiędzy poziomem wsparcia rówieśniczego, zachęcaniem do celowej aktywności w szkole i poziomem lęku. Lidia Cierpiałkowska podkreśliła, że istotnymi czynnikami ochronnymi w okresie adolescencji są doświadczenia wynikające z uzyskiwaniem wsparcia ze strony rówieśników oraz więź rodzinna (L. Cierpiałkowska 2010).

Badania odnoszące się do procesu *resilience* w odniesieniu do dorosłych dzieci alkoholików pozwalają na wyodrębnienie szeregu czynników ochronnych, spełniających istotną funkcję w pozytywnej adaptacji tej grupy osób. Jedne z nich przeprowadziła Wioletta Junik, która, na bazie obserwacji funkcjonowania dzieci i młodzieży pochodzących z rodziny alkoholowej w świetlicach socjoterapeutycznych wskazała, które czynniki ochronne powinny być wzmacniane w pracy z nimi. Autorka podkreśliła, że duże znaczenie ma dobry kontakt wychowawców omawianych placówek z dziećmi oraz wsparcie rówieśnicze. Ważną rolę odgrywa również psychoedukacja nieuzależnionego rodzica w płaszczyźnie praktyk wychowawczych sprzyjających utrzymywaniu dobrych relacji z dzieckiem (W. Junik 2012, s. 40- 41).

Podsumowując, okazuje się, że szereg czynników ochronnych może mieć istotne znaczenie dla prawidłowej realizacji przez dorosłe dzieci alkoholików zadań rozwojowych oraz prowadzeniu satysfakcjonującego życia. Wśród nich można wyróżnić między innymi:

uzyskiwane wsparcie społeczne, troskliwą opiekę dorosłego (niekoniecznie rodzica), zasoby indywidualne itd. W konsekwencji powyższego, coraz więcej badań odnoszących się do funkcjonowania opisywanej grupy osób koncentruje się nie tylko i wyłącznie na przeżywanych przez nich trudnościach, ale przede wszystkim na zasobach i czynnikach ochronnych, których wzmacnianie może je uchronić przed negatywnymi skutkami uzależnienia rodzica.

6.5. Wsparcie dorosłego dziecka alkoholika

Dorosłe dzieci alkoholików często borykają się z problemami natury psychologicznej, które w dużej mierze są konsekwencją dorastania w rodzinie alkoholowej. Do najważniejszych można zaliczyć: parentyfikację i wynikające z niej trudności, niskie poczucie własnej wartości, brak wiary w siebie, zewnątrzsterowność, trudności w podejmowaniu samodzielnych decyzji, nadodpowiedzialność, trudności w funkcjonowaniu w związkach partnerskich i silne poczucie przymusu kontroli. Niektóre z nich cierpią również z powodu występowania u nich objawów psychosomatycznych, zaburzeń, chorób. W konsekwencji nierzadko wymagają pomocy specjalistów, by lepiej zrozumieć doświadczane trudności, przepracować je oraz zacząć satysfakcjonujące życie. Dlatego rodzaje wsparcia dorosłych dzieci alkoholików najczęściej koncentrują się wokół pomocy tej grupie osób w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych, konstruktywnym ich wyrażaniu oraz przeżywaniu, identyfikowaniu, które zachowania oraz doświadczane emocje mogą wynikać z trudnych doświadczeń z dzieciństwa i jak sobie z nimi radzić, nauki umiejętności stawiania granic, wychodzenia z przyjętych ról, wyrażania własnego zdania (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 329; http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presen tations0/dda2.pdf).

Do głównych form wsparcia instytucjonalnego dorosłych dzieci alkoholików należą: psychoterapia indywidualna, terapia grupowa, grupa samopomocowa DDA[132].

6.5.1. Psychoterapia indywidualna

W konsekwencji doświadczenia przez dorosłe dzieci alkoholików szeregu trudności, traum w rodzinie pochodzenia, podkreślenia wymaga fakt, że psychoterapia, w przypadku tej grupy osób, powinna przebiegać stopniowo i ostrożnie, bowiem „zbyt szybkie otwarcie pamięci

[132] Należy podkreślić, że istnieje wiele form wsparcia omawianej grupy osób. Mogą one uczęszczać na różnego rodzaju warsztaty psychoedukacyjne, treningi interpersonalne, korzystać z hipnoterapii itd. Zdarza się, że niektóre osoby pochodzące z rodziny alkoholowej cierpią na depresję, zaburzenia odżywiania itp., w konsekwencji formy pomocy wystosowywane wobec nich będą specyficzne dla konkretnych trudności, z którymi się borykają, z uwzględnieniem ich doświadczeń z dzieciństwa. Również specyfika udzielanej pomocy terapetycznej może różnić się w zależności od nurtu, w jakim psychoterapeuta pracuje. Nie sposób przywołać wszystkich możliwych form wsparcia i opisu ich specyfiki dla tej grupy osób, zważając również na fakt, że mogą one borykać się z wieloma różnymi problemami. W konsekwencji, w swojej pracy odniosę się do najbardziej dla nich charakterystycznych i najczęściej wzmiankowanych w literaturze przedmiotu.

traumatycznych zdarzeń może u nich wywołać nagły, wręcz przytłaczający napływ wspomnień i uczuć, co może zaowocować ucieczką z terapii" (K. Gąsior 2012, s. 124).

Nie istnieje jedna, specyficzna forma terapii kierowana do omawianej grupy osób. Specyfika psychoterapii indywidualnej wynika z konkretnego rodzaju problemu, z jakim przychodzi do terapeuty dorosłe dziecko alkoholika oraz nurtu, w jakim głównie wspomniany terapeuta pracuje. Niemniej jednak, można wyodrębnić „pewne wspólne założenia teoretyczne i wypracowane na przestrzeni 30 lat główne modele terapeutyczne" (K. Gąsior 2012, s. 124).

Model integracyjnej terapii dorosłych dzieci alkoholików

Jeden z przykładów prowadzenia psychoterapii dorosłych dzieci alkoholików dostarcza Zofia Sobolewska- Mellibruda, która opiera swoje założenia i pracę na podejściu humanistycznym oraz poznawczym. Autorka szczególną istotność nadaje koncepcji schematów oraz tendencji, które są pochodną śladów traumatycznych doświadczeń jednostki. Wymienia przy tym szereg przykładów schematów osobistych dorosłych dzieci alkoholików, które utrudniają im konstruktywne funkcjonowanie. Jak sama wskazuje, „destrukcyjne schematy osobiste, powodujące te problemy tworzą się w psychice w wyniku doświadczeń dzieci w rodzinach alkoholowych. Doświadczenia te utrudniają ich naturalny rozwój. W ciągu życia schematy utrwalają się, zaczynają dominować w osobowości i stają się źródłem problemów także w życiu dorosłym" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 17). W konsekwencji, w psychoterapii dorosłych dzieci alkoholików należy zrozumieć rolę, jaką określone zaburzenia odgrywają w ich codziennym funkcjonowaniu oraz powstałe na ich podłożu schematy (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 17). Autorka wskazuje również, że w procesie terapeutycznym z dorosłym dzieckiem alkoholika należy pomóc mu w zidentyfikowaniu jego niezaspokojonych w okresie dzieciństwa potrzeb i zaakceptowaniu faktu, że już nigdy nie będzie ono w stanie ich zaspokoić w taki sposób i przez te osoby, od których chciałoby tego doświadczyć (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 27).

Zofia Sobolewska- Mellibruda wyodrębnia pewne etapy przyjmowane przez nią w pracy psychoterapeutycznej z dorosłymi dziećmi alkoholików:

1) Tworzenie trwałej oraz bezpiecznej relacji terapeutycznej.
2) Identyfikowanie problemów oraz poszukiwanie schematów, które przyczyniają się do ich powstania.
3) Badanie schematów, ich roli oraz genezy.
4) Praca nad transformacją schematów, która składa się na:
   - Eksplorację doświadczenia;
   - Przepracowywanie traum, by uzyskać korekcyjne doświadczenia;

- Przepracowywanie toksycznych relacji przyczyniających się do powstania schematu;
- Tworzenie nowego obraz Ja, jak również wizji własnego życia.

5) Nabywanie nowych umiejętności intra- i interpersonalnych.
6) Obserwowanie wprowadzania zmian w realne sytuacje doświadczane w życiu jednostki i zapobieganie nawrotom (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 82).

Omawiany wyżej model psychoterapii dorosłych dzieci alkoholików jest pochodną wieloletniego doświadczenia autorki w pracy z tą grupą osób.

Model oparty na koncepcji chronicznego stresu pourazowego

Współcześnie, coraz popularniejsze stają się hipotezy wyjaśniające funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików oraz ich trudności w płaszczyźnie zespołu stresu pourazowego. Wskazuje się przy tym, że osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej, w której doświadczają niemal permanentnego stresu, „są bardziej narażone na doświadczanie traumy w porównaniu z dziećmi z rodzin niealkoholowych" (I. Grzegorzewska 2011, s. 225). W rezultacie powyższego, badania realizowane na grupie dorosłych dzieci alkoholików wskazują na ich podobieństwo w przeżywaniu trudności i w funkcjonowaniu do osób z PTSD (I. Grzegorzewska 2011, s. 228). Zasadnym wydaje się stosowanie, w pracy terapeutycznej z nimi, założeń wynikających z terapii osób cierpiących na zespół stresu pourazowego.

Przedstawiany model nie jest bezpośrednio ukierunkowany na terapię dorosłych dzieci alkoholików. Jego założenia opierają się na badaniach oraz doświadczeniach klinicystów i terapeutów, którzy zajmują się problematyką stresu pourazowego, zwłaszcza chronicznego czy przewlekłego. Należy podkreślić, że najważniejsze etapy terapii oraz powiązane z nimi cele są następujące:

- diagnoza zarówno pacjenta, jak również środowiska, w którym funkcjonuje, szczególnie w odniesieniu do występujących objawów oraz czynników ryzyka;
- ustalenie celów terapii;
- zbudowanie poczucia bezpieczeństwa oraz stabilizacji;
- urealnienie, odtwarzanie oraz przepracowanie traumatycznych zdarzeń oraz ich konsekwencji pourazowych;
- integracja temporalna oraz podmiotowa.

Współcześnie istnieją różnorodne modele terapii zespołu stresu pourazowego. Należy wskazać, że omawiane wyżej etapy terapii oraz jej cele mają przede wszystkim oddziaływać w następujących obszarach funkcjonowania jednostki: sfera emocjonalna; postrzeganie

prześladowcy; postrzeganie siebie i rozwijanie swojej samoświadomości; system wartości i przekonań jednostki oraz problemy w relacjach interpersonalnych (K. Gąsior 2012, s. 126).

Model oparty na syndromie Dorosłych Dzieci Alkoholików

Terapia dorosłych dzieci alkoholików w myśl omawianego modelu koncentruje się na przeświadczeniu, że podstawowym problemem członków rodziny alkoholowej jest występowanie zjawiska współuzależnienia. Przyjmuje się, że „dzieci wzrastające w takiej rodzinie również są współuzależnione, reguły i role, jakie przyjmują, cechuje określony stopień dysfunkcjonalności. Z życiu dorosłym dzieci alkoholików pojawia się w różnorodnym nasileniu tzw. syndrom DDA, czyli zespół określonych objawów świadczących o problemach przystosowawczych, ale i je tworzących" (K. Gąsior 2012, s. 125).

Do głównych przedstawicieli tego modelu należą Janet Woititz, Stephanie Brown oraz Timmen Cermak. Ostatni z wymienionych przeze mnie autorów, wraz z Jacques Rutzky wskazują, że „konieczne jest uwzględnienie cech indywidualnych każdej osoby, to początkowe etapy leczenia wymagają często odnalezienia wspólnych elementów wplatających się w naszą tożsamość. (…) Podobnie jak różne religie wiodąc nas na tę samą górę z różnych stron, zbliżają się jednak do siebie w pobliżu szczytu, tak różne ścieżki prowadzące do zdrowienia wiodą nas do tego samego punktu w każdym z nas" (T. Cermak, J. Rutzky 1998, s. X- XI).

Terapia w myśl omawianego modelu polega na przyjęciu tożsamości dorosłego dziecka alkoholika, dzięki czemu jednostka może przełamać podstawowe mechanizmy rządzące rodziną alkoholową: wyparcie i zaprzeczanie (K. Gąsior 2012, s. 126). Mimo, że wzmiankowałam o tym już w swojej pracy, to uważam za zasadne podkreślenie, że po dziś dzień nie udało się empirycznie udowodnić istnienia syndromu dorosłego dziecka alkoholika, jak również nie prowadzono rzetelnych badań nawiązujących do skuteczności oddziaływań terapeutycznych w myśl uznania omawianego syndromu, w konsekwencji trudno mówić o jego skuteczności.

6.5.2. Terapia grupowa

Dorosłe dzieci alkoholików przejawiają trudności we wchodzeniu oraz utrzymywaniu konstruktywnych kontaktów interpersonalnych. Często wynikają one, między innymi, z braku doświadczania pozytywnych relacji z innymi ludźmi w okresie dzieciństwa i adolescencji, wielokrotnych zawodów i wynikającego z nich braku zaufania w kontaktach interpersonalnych, lęku przed odrzuceniem czy niskiego poczucia własnej wartości. W rezultacie zasadnym wydaje się uczestniczenie tej grupy osób w psychoterapii grupowej, w której będą mogły skonfrontować swoje przeświadczenia z rzeczywistością oraz nabywać umiejętności konstruktywnej interakcji z innymi osobami.

Terapia grupowa jest tą formą terapii, w której wykorzystuje się interakcje pomiędzy członkami grupy celem przepracowania trudnych doświadczeń, które w trakcie spotkań i nawiązywanych relacji interpersonalnych, powinny wystąpić, bowiem „interakcje interpersonalne zachodzące >>tu i teraz<< mają decydujące znaczenie dla efektów terapii grupowej" (I. Yalom 2006, s. XV). Istnieje wówczas możliwość ich analizy, przepracowania, weryfikacji własnych przekonań i schematów poznawczych a w konsekwencji ich modyfikacji, uczenia się nowych form przeżywania i doświadczania rzeczywistości (J. Szeliga- Lewińska 2010). Spotkanie grupowe powoduje „powstawanie bliskiej więzi między członkami grupy, pomagającej w przeżywaniu bolesnych uczuć, i koryguje podobne doświadczenia z dzieciństwa" (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011, s. 133).

Zofia Sobolewska- Mellibruda wskazuje na kilka istotnych czynników, z powodu których terapia grupowa jest ważną formą pomocy dorosłym dzieciom alkoholików:

- grupa, poprzez możliwość identyfikacji z innymi osobami, którzy doświadczyli podobnych trudności w dzieciństwie, pomaga poradzić sobie ze wstydem, niskim poczuciem własnej wartości, a czasami także z poczuciem wykluczenia społecznego;
- w trakcie pracy grupowej toczy się proces, w którym często odtwarzane są rodzinne zależności oraz role, a to stanowi istotną płaszczyznę do pracy terapeutycznej;
- w relacjach pomiędzy członkami grupy zaczynają uruchamiać się schematy interpersonalne, które są przyczyną wielu trudności dorosłych dzieci alkoholików. W konsekwencji ich wystąpienia, istnieje możliwość bezpośredniej pracy nad nimi;
- osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej mają możliwość doświadczania korekcyjnych relacji z innymi ludźmi;
- w grupie jednorodnej, jaką jest grupa dorosłych dzieci alkoholików, w trakcie pracy z jedną osobą, pozostałe mogą identyfikować się z nią, rozpoznawać własne trudności i zaangażować w interwencję terapeutyczną (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 134).

Psychoterapia grupowa daje możliwości takiej formy pomocy dorosłym dzieciom alkoholików, by mogły bezpośrednio, w trakcie nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych, identyfikować i pracować nad wyuczonymi przez siebie, destrukcyjnymi schematami ujawniającymi się w kontaktach z innymi ludźmi.

6.5.3. Grupa samopomocowa

Inna formą wsparcia dorosłych dzieci alkoholików jest grupowa samopomocowa DDA, a jej odmianą są grupy samopomocowe Alateen, których początek datuje się na 1957 rok, kiedy to Bob, kilkunastoletni syn rodziców uzależnionego i współuzależnionego, zdecydował się na jej założenie. Grupy te różnią się od psychoterapii grupowej przede wszystkim tym, że nie uczestniczy w nich psychoterapeuta. Dzieci alkoholików spotykają się na mityngach grup samopocowych i bazując na programie dwunastu kroków, chcą pomóc sobie w przezwyciężeniu problemów, których źródeł upatrują w doświadczeniach wyniesionych z domu rodzinnego.

Dorosłe dzieci alkoholików, podczas spotkań grupowych, kolejno realizują poszczególne kroki podejmując refleksję nad tym, w jakim stopniu ich znaczenie jest obecne w ich aktualnym życiu i funkcjonowaniu. W konsekwencji partycypacji w grupie, osoby pochodzące z rodziny alkoholowej mogą poczuć, że nie są ze swoimi trudnościami osamotnione, mogą doświadczyć jedności z grupą i poczucia wspólnoty.

Jak wskazują Lidia Cierpiałkowska oraz Michał Ziarko, „realizacja programu Dwunastu Kroków grup Alateen przebiega zgodnie z indywidualnym rytmem każdego członka grupy. Dzięki pracy nad programem i odpowiedniej literaturze dojrzewają mentalnie, emocjonalnie i duchowo” (L. Cierpiałkowska, M. Ziarko 2010, s. 350).

Podsumowując problematykę odnoszącą się do wsparcia dorosłych dzieci alkoholików należy wskazać, że może mieć ono charakter indywidualnych spotkań jednostki z psychoterapeutą w celu przepracowania i lepszego zrozumienia trudności, z którymi ta się boryka, bądź spotkań grupowych, zarówno w ramach grup terapeutycznych, w których proces grupowy i interakcje pomiędzy członkami grupy pełnią niebagatelną rolę w rozwoju dorosłych dzieci alkoholików, bądź grup samopomocowych, w których ich partycypanci bazują na programie Dwunastu Kroków wyznaczającym częściowo przebieg spotkań. Wymaga podkreślenia, że nie ma lepszej bądź gorszej drogi prowadzącej ku lepszemu i bardziej satysfakcjonującemu funkcjonowaniu tej grupy osób, bowiem jest to grupa heterogeniczna, mogąca borykać się z różnym spektrum trudnościami. W konsekwencji, plany działań i ścieżka pomocy dorosłym dzieciom alkoholików powinna być dostosowana do ich indywidualnych potrzeb i możliwości. Niemniej jednak, jak wskazuje Maria Ryś, terapia wymaga od nich długiej oraz żmudnej pracy, ale w konsekwencji owocuje akceptacją siebie oraz odnalezieniem własnej wartości (M. Ryś 2009).

ROZDZIAŁ VII

Metodologiczne podstawy badań własnych

7.1. Doświadczenia DDA jako kategoria badawcza

Przedmiotem badań mojej pracy stanowią doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików związane z ich dorastaniem w rodzinie alkoholowej oraz oczekiwane przez nie, jak również otrzymywane w przeszłości i aktualnie wsparcie na poszczególnych etapach ich życia. Mając na względzie, że pojęcie „wsparcie" zostało wcześniej scharakteryzowane, chciałabym przejść do zdefiniowania kategorii doświadczenie, jako istotnej w realizowanej przeze mnie koncepcji badawczej.

Doświadczenie jest terminem, który zawiera wiele różnorodnych konotacji. Przykładowo, w płaszczyźnie filozoficznej, Tadeusz Buksiński wskazuje, że znaczy ono „doznawanie czegoś, gdy się jest otwartym na coś. Jest to proces, w którym podmiot nabywa coś, co może zachować lub czym może podzielić się z innymi". Dalej autor pisze: „»doświadczenie« zawiera też takie komponenty znaczeniowe, jak: zapamiętywanie i przekazywanie tego, co się doznało" (T. Buksiński 2001, s. 7). Szczegółowej analizy omawianego terminu dokonała Maria Tyszkowa, która w swojej książce zatytułowanej „*Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań*" wskazuje, że „doświadczenie wiąże się z pamięcią, a ściślej mówiąc z zapamiętywaniem i przechowywaniem śladów zdarzeń w kontaktach jednostki z otoczeniem i zdarzeń w jej życiu wewnętrznym" (M. Tyszkowa 2010, s. 55). Autorka podkreśla, że wspomniane zdarzenia nie mogą być utożsamiane z ich treścią. W konsekwencji wskazuje, że „doświadczenie można by raczej rozpatrywać w kategoriach owych śladów psychicznych reprezentacji zdarzeń" (M. Tyszkowa 2010, s. 55). Autorka powołuje się na definicję zaproponowaną przez Andrzeja Lewickiego w pozycji „*Psychologia kliniczna*", w której autor pisze, że „z psychologicznego punktu widzenia rozpatrujemy doświadczenie jako zespół informacji »wpisanych« w mózgu, czyli śladów pamięciowych" (A. Lewicki 1969, s. 40). Maria Tyszkowa podkreśla jednak, że doświadczenie, nie ogranicza się wyłącznie do śladów pamięciowych i przywołuje przy tym pojęcie „obrazów umysłowych", które „powstają przy współudziale ewokacji uprzednich spostrzeżeń (czy- szerzej: przeżyć sensorycznych) i aktywnej wewnętrznej reprodukcji ruchów, są więc swoistą formą zinterioryzowanego naśladownictwa" (M. Tyszkowa 2010, s. 56). Wskazuje przy tym, że doświadczenia zostają zakodowane w ośrodkowym układzie nerwowym w postaci obrazów umysłowych i mogą stanowić „repertuar reprezentacji zdarzeń, które jednostka może wielorako

przetwarzać i wykorzystywać w swej aktywności", one z kolei mogą stanowić „bogaty i wielostronny materiał rozwoju jednostki w różnych okresach jej życia" (M. Tyszkowa 2010, s. 56). Należy zaznaczyć, że Maria Tyszkowa wskazuje na istotność powiązania doświadczeń z wyprowadzaniem z nich wniosków, które mogą być formułowane w postaci opinii bądź poglądów (M. Tyszkowa 2010, s. 52- 66).

Odwołując się do doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików związanych z ich dorastaniem w rodzinie alkoholowej, mam na myśli wszystko to, co stanowi reprezentacje minionych zdarzeń, którym jednostka nadaje konkretne znaczenie. Istotność nadaję ich przekonaniom dotyczącym tego, co przeżyły, znaczeniu ich unikatowej historii- przeszłych i aktualnych doświadczeń oraz nadawany im sens. W konsekwencji przyglądam się subiektywnie reprezentowanym doświadczeniom przeszłym i aktualnym dorosłych dzieci alkoholików.

W literaturze polskiej istnieje wiele prac poświęconych zagadnieniu dorosłych dzieci alkoholików. Częściej jednak porusza się tę problematykę w kontekście funkcjonowania systemu alkoholowego, problemów, z jakimi się borykają aktualnie, jako dorośli ludzie, bądź problemów z jakimi spotykają się dzieci i adolescenci wychowywani w alkoholowym systemie rodzinnym, zazwyczaj w kontekście problemu uzależnienia rodzica. Uwzględnia się przy tym specyfikę funkcjonowania uzależnionego oraz sztywność funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Rzadziej dokonuje się odniesienia do doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików związanych z ich dorastaniem w rodzinie alkoholowej, aktualnych relacji z rodziną pochodzenia oraz oczekiwanym przez nie i otrzymywanym aktualnie i w przeszłości wsparciem.

Wśród badań nad dziećmi pochodzącymi z rodzin alkoholowych wymienia się dwa modele weryfikacji, które określają wpływ czynników chroniących oraz zagrażających rozwojowi tej grupy osób: determimnistyczny model psychopatologii rozwojowej oraz interakcyjny (probabilistyczny) model psycho(pato)logii rozwoju (K. Gąsior 2012, s. 18- 19). W konsekwencji często dokonuje się ujęcia omawianej problematyki na gruncie psychologii w aspekcie mechanizmów funkcjonowania jednostki, zaburzeń rozwojowych, szerokiego wachlarza problemów nierzadko wymagających pomocy psychoterapeutycznej, jak również w płaszczyźnie badań genetycznych, nad dziedziczeniem choroby alkoholowej, rzadziej z kolei z perspektywy pedagogicznej[133].

[133] Istnieje szereg badań nad dziećmi alkoholików (zarówno małoletnich, jak również osób dorosłych wychowywanych w rodzinie, a której co najmniej jedno z rodziców borykało się z problemem alkoholowym). Zwiększenie zainteresowania opisywaną grupą osób nastąpiło w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku, co

Bezsprzecznym jest, że wiedza psychologiczna dotycząca dorosłych dzieci alkoholików jest źródłem wielu bardzo istotnych informacji oraz wyjaśnień mechanizmów kierujących ich funkcjonowaniem. W rezultacie nie sposób pisać o grupie tych osób, nie odwołując się do wiedzy z zakresu tej dziedziny nauki. Źródła dotychczasowej wiedzy nad funkcjonowaniem osób z rodziny alkoholowej także pochodzą z badań oraz analiz prowadzonych przez terapeutów oraz klinicystów, obserwacji, które są konsekwencją ruchów samopomocowych oraz naukowych badań psychometrycznych (K. Gąsior 2012, s. 16- 17).

Nadmienić należy, że bagaż doświadczeń i oczekiwanego oraz otrzymywanego wsparcia przez dorosłe dzieci alkoholików nie należy do zagadnień powszechnie i szeroko omawianych, a jak podkreśla Bryan E. Robinson oraz J. Lyn Rhoden: „Emocje te (będące konsekwencją dorastania w rodzinie alkoholowej), ciągnąc się za dzieckiem przez całe dzieciństwo aż do osiągnięcia dorosłości, wpływają negatywnie na prawidłowe funkcjonowanie relacji z przyjaciółmi, rówieśnikami i osobami kochanymi" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 2000, s. 85). W konsekwencji istotnym wydaje się zgłębienie tej problematyki.

7.2. Metody jakościowe w badaniach społecznych

Odwołując się do specyfiki badań naukowych oraz do wskazań Tadeusza Pilcha, „badania naukowe w każdej dyscyplinie kierują się (…) pewnymi ogólnymi zasadami i kryteriami poprawności" (T. Pilch 1977, s. 106). W konsekwencji, współcześnie w pedagogice można się spotkać z dwoma podejściami w badaniach empirycznych: ilościowym[134] oraz

było konsekwencją wzrostu badań nad alkoholizmem w tym okresie (K. Gąsior 2012, s. 16). W płaszczyźnie badań nad warunkowaniem genetycznym alkoholizmu przez dzieci alkoholików należałoby zwrócić uwagę na te przeprowadzone przez Kenneth J. Sher wraz ze współpracownikami, którzy porównywali dorosłe dzieci alkoholików z jednostkami nie wychowującymi się w rodzinie z problemem alkoholowym (S. J. Kenneth, K. S. Walitzer, P. K. Wood, E. E. Brent 1991, s. 427- 448). Autorka Kenneth J. Sher w swojej pracy zatytułowanej „*Children of alcoholics: A Critical Appraisal of Theory and Research*" wzmiankuje, że „ilość publikacji wskazuje, że spożywanie alkoholu i nadużywanie/uzależnienie od alkoholu są zdeterminowane genetycznie (K. J. Sher 1991, s. 16). Również warto odnieść się do prac Donny Domenico oraz Michaela Windle'a (1993) i wielu innych badaczy, którzy przyczynili się do zwiększenia wiedzy w zakresie potencjalnej genetyczności alkoholizmu wśród dzieci osób uzależnionych od alkoholu. Przeprowadzano także badania nad rodzinną transmisją alkoholizmu, czyli skupiano uwagę na środowiskowych uwarunkowaniach „przekazu" tej choroby przyszłym pokoleniom. Wśród badaczy należy między innymi wymienić T. Jacob oraz S. Johnson (2000). Osoby dorastające w rodzinie z problemem alkoholowym badano także w płaszczyźnie ich podatności na występowanie zaburzeń psychopatologicznych (zaburzeń depresyjnych; zaburzeń lękowych i stresu pourazowego; problemów przystosowawczych; syndromu DDA). Nie sposób wymienić wszystkich badaczy zajmujących się tą tematyką, jednak wśród tych, których nazwiska warto przytoczyć nadmienia się: Suzanne H. Lease, która badając grupę stu trzydziestu siedmiu studentów wskazała, że grupa DDA jest silnie heterogenna, a uzależnienie rodzica nie jest silnie powiązane z poczuciem ich wartości czy nasileniem depresji (K. Gąsior 2012, s. 34). Nie można przy tym pominąć wspominanej już Janet Woititz, której książka „*Adult Children of Alcoholics*" była pierwszym monograficznym opisem dzieci alkoholików oraz ich problemów (K. Gąsior 2012, s. 37).

[134] Metody ilościowe wiążą się z procesem mierzenia oraz z oceną pomiarów wystosowywaną za pomocą metod matematycznych oraz statystycznych. W modelu ilościowym sprawdzanie hipotez dokonuje się na bazie ich przełożenia na procesy mierzalne, czyli ich zoperacjonalizowania (H-H. Krüger 2007, s. 174). W rezultacie, w tym modelu badawczym celem jest maksymalna obiektywizacja wyników badań, odkrywanie faktów oraz ich

jakościowym, których specyfika decyduje o sposobie realizacji poszczególnych kroków badawczych oraz opracowywania uzyskanych wyników i które „różnie rozumieją sens procesu badawczego" (K. Stemplewska- Żakowicz 2010, s. 88).

Biorąc pod uwagę, iż jak wskazuje Stanisław Palka, „w toku badań jakościowych poznaje się świat przeżyć wewnętrznych, świat emocji, oczekiwań, nastawień, przeświadczeń, chęci, lęków, obaw, nadziei dzieci, młodzieży i dorosłych" (S. Palka 2006, s. 77) oraz fakt iż „badania, na podstawie których są konstruowane wnioski na temat tendencji społecznych, są zawsze oparte na badaniach jednostek" (A. Gromkowska- Melosik 2011, s. 264) zdecydowałam się, w swoich badaniach, na wykorzystanie **jakościowego sposobu prowadzenia badań**.

Współcześnie, odwołując się do literatury przedmiotu, można spotkać się z takimi określeniami synonimicznymi badań jakościowych jak: badania interpretacyjne, rekonstruujące, etnograficzne, naturalistyczne, indukcyjne, uczestniczące, terenowe, hermeneutyczne, interakcyjne, komunikacyjne (D. Kubinowski 2010, s. 56; U. Flick 2010, s. 23). Barbara Smolińska- Thesis oraz Wiesław Thesis, w odwołaniu do różnorodności nazewnictwa badań jakościowych piszą, że „nie ma jasności i dbałości o terminologię" (B. Smolińska- Thesis, W. Thesis 2010, s. 82). Termin badania jakościowe po raz pierwszy został użyty przez socjologów Barney G. Glaser oraz Anselm L. Strauss w książce zatytułowanej „*The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*", w 1967 roku, mimo, że już wcześniej badania jakościowe były wykorzystywane (D. Kubinowski 2010, s. 56).

Jak wskazuje Dariusz Kubinowski „badania jakościowe to termin »parasolowy«, obejmujący różne orientacje, tradycje, metody, techniki badawcze i stanowiący połączoną rodzinę pojęć, koncepcji, założeń, które podzielają pewne wspólne cechy i rządzą się własnymi prawami" (D. Kubinowski 2010, s. 56). Teoretyczne korzenie badań jakościowych są umiejscawiane w filozoficznych podstawach hermeneutyki, fenomenologii oraz interakcjonizmu symbolicznego[135]. W konsekwencji, te trzy wymienione perspektywy

przekształcanie w struktury twierdzeń, przewidywanie skutków, jak również dedukowanie praw (T. Bauman 2010, s. 94). Jak z kolei wskazuje Janusz Gnitecki, „badania ilościowe to zbiory praktyk opartych na pomiarze, opisie, analizie i wyjaśnieniu związków przyczynowych między zjawiskami edukacyjnymi. Akt badawczy ma tu charakter obiektywistyczny i wolny od wartości" (J. Gnitecki 2006, s. 40).

[135] Historycznie fenomenologia stała się bezpośrednią odpowiedzią na wykorzystywanie ścisłych metod nauk przyrodniczych celem wyjaśniania zachowania jednostki (D. Kubinowski 2010, s. 27). O związkach strategii jakościowej badań ze wspomnianymi prądami myślowymi pisze dość szczegółowo Tadeusz Pilch oraz Teresa Bauman w książce zatytułowanej: „Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe". Autorzy wzmiankują, że celem **fenomenologii** jest badanie danych zjawisk takimi, jakie one są, a w konsekwencji, dzięki badaniom fenomenologicznym, staje się możliwe odkrycie tego, co nie było dostrzegane wcześniej. Twórca fenomenologii, Edmund Husserl twierdził, że „aby móc poznać istotę rzeczy, niezbędne jest zawieszenie na czas badania wszelkich (zarówno teoretycznych jak i potocznych) sądów" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 271). Źródłem fenomenologicznego poznania ma być doświadczenie, które pojmowane jest jako efekt uczestniczenia w czymś. W konsekwencji badacz ma doświadczać, a swoje doświadczenie opowiedzieć innym, jednak bez możliwości

teoretyczne sprawiają, że „badania jakościowe osadzone są na innych podstawach ontologiczno- epistemologicznych, niż badania ilościowe" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 277).

Najistotniejsze cechy badań jakościowych

Mimo wielości i różnorodności definicji wyjaśniających to, czym są badania jakościowe, można wskazać na kilka cech, które wszystkie je charakteryzują, a które równocześnie stanowić będą cechy konstytutywne omawianych w niniejszej pracy weryfikacji empirycznych.

Dariusz Kubinowski w ich opisie odwołuje się do Petera Reasona oraz Johna Rowana, którzy w swojej książce: „*Human inquiry*" dokonali opisu „nowego paradygmatu" wskazując na jego cechy:

- badania nigdy nie są neutralne społecznie, co w konsekwencji skutkuje korzyściami bądź szkodą dla określonych grup ludzi;
- wszelkie badania odkrywają pewne schematy, „ustabilizowane wzory", które mogą być poddawane zmianie. W rezultacie istotnym jest, czy owa zmiana jest możliwa do przewidzenia;
- badania jakościowe wymagają innych relacji pomiędzy badaczem a badanym, a konkretniej- dane badanie jest wytworem podzielanym przez badacza i badanego, w

przekazania go. W pedagogice, wykorzystując postępowanie fenomenologiczne, należy przejść od teorii do życia codziennego, będącego przedmiotem poznania, jak również należy przejść od naturalnego nastawienia ku nastawieniu refleksyjnemu (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 271- 272).

Jak wskazuje Dariusz Kubinowski, z fenomenologią ściśle powiązana jest **hermeneutyka**, która „opisuje, jak ludzie interpretują »teksty« historii tego przeżywania" (D. Kubinowski 2010, s. 28)- mając na myśli przeżywanie „świata doświadczenia życiowego" (D. Kubinowski 2010, s. 28). Dzięki Wilhelmowi Diltheyowi hermeneutyka stała się fundamentalną metodą poznania humanistycznego, które charakteryzuje się pięcioma cechami: dążenie do zrozumienia rzeczywistości poddawanej badaniu- w mniejszy stopniu zaś do jej wyjaśniania oraz pogłębiania odnosząc się do procedury metodologicznej; przypisywanie danemu miejscu, jak również konkretnej sytuacji formułowanej interpretacji; uwypuklenie roli historii oraz języka w procesie poznawania ludzkich fenomenów; podkreślenie istotności myślenia bardziej pytaniami aniżeli odpowiedziami oraz „uczynienie wieloznaczności różnych interpretacji sposobem adekwatnego odczytywania kompleksowości badanej rzeczywistości" (D. Kubinowski 2010, s. 29). Dzięki hermeneutyce badacz ma możliwość głębiej oraz szerzej zrozumieć konteksty pojedynczego doświadczenia (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 273).

Termin **interakcjonizm symboliczny** został wprowadzony przez H. Blumera, który podjął się interpretacji koncepcji G. H. Meada, której w konsekwencji wystosował jej trzy podstawowe założenia: społeczeństwo ludzkie złożone jest z osób, które posiadają jaźń (czyli takich, które udzielają sobie wskazań); indywidualne działanie jednostki jest konstrukcją, nie jedynie prostą reakcją na bodziec z zewnątrz (D. Kubinowski 2010, s. 33); działanie w grupie polega na „wzajemnym dostosowywaniu indywidualnych poczynań jednostek. Poszczególni ludzie przystosowują swoje działania do działań innych na podstawie konstatacji ich faktycznych lub zamierzonych poczynań, to jest ustalając znaczenie ich zachowań (H. Blumer 1984, s. 76). Wobec czego, w interakcjonizmie symbolicznym podkreśla się złożoność ludzkiego zachowania, w przeciwieństwie do jego interpretacji przyczynowo skutkowej: bodziec- reakcja, ponieważ bodziec od danej reakcji oddziela również proces interpretacji sytuacji przez jednostkę. Jest to możliwe, ponieważ każdy człowiek jest w stanie nadać konkretnej sytuacji znaczenie, zinterpretować ją. Wychodzi się z założenia, że większość sytuacji, w których jednostka partycypuje, są przez nią interpretowane podobnie, jak przez pozostałe osoby, „ponieważ w procesie rozwoju człowiek nabywa i rozwija w sobie wspólne dla członków określonego społeczeństwa, kultury, definicje sytuacji, w których się znajduje" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 274).

związku z czym są oni jego współautorami i są poddawani wzajemnej kontroli w płaszczyźnie procesu badawczego oraz w odniesieniu do jego rezultatu;

- relacja pomiędzy podmiotem oraz badaczem jest rzeczywistością poddawaną analizie;
- ludzie wytwarzają energię potrzebną do zmiany świata, która jest wynikiem samoregulującego, jak również autonomicznego działania w jego obrębie. W konsekwencji głównym założeniem nowego paradygmatu jest chronienie, jak również wzmacnianie tej energii, co jest możliwe dzięki wytwarzaniu jakościowego rodzaju aktywnego poznawania.
- istotnym jest poszukiwanie wiedzy, która będzie mogła być wykorzystywana w życiu;
- w nowym paradygmacie wskazuje się na wyjątkowość i unikatowość jednostek oraz sytuacji poddawanych badaniom. W konsekwencji należy jak najbardziej starać się, by je zrozumieć, zaakceptować takimi, jakie są, ponieważ dopiero wówczas jest to wartościowym źródłem zmiany oraz wglądu. Wskazuje się przy tym na istotność budowania wsparcia emocjonalnego w trakcie procesu badawczego;
- stosowane generalizacje nie mają na celu ustalania deterministycznych prawidłowości, ale mają stanowić „ogólne twierdzenia na temat zdolności, możliwości i ograniczeń czynnie działających osób" (D. Kubinowski 2010, s. 62);
- autorzy wskazują na negatywne konsekwencje bezwzględnego zastosowania takich idei jak prawda, czy potwierdzalność;
- rezultatem realizowanych badań ma być wiedza, która jest tożsama z władzą. Badanie nigdy nie może być neutralne a „poprawny rodzaj badań daje właściwy rodzaj władzy" (P. Reason, J. Rowan 1981, s. 489- 491, za: D. Kubinowski 2010, s. 63).

Magdalena Piorunek wskazuje, że analizując wystosowywane przez wielu autorów cechy badań jakościowych, można je ograniczyć następujących (M. Piorunek 2016, s. 9):

- „badania jakościowe przebiegają w trakcie intensywnego kontaktu z >>terenem<< weryfikacji czy sytuacją życiową konkretnych ludzi" (M. Piorunek 2016, s. 9),
- rolą badacza jest uzyskiwanie holistycznego wglądu w poddany badaniom kontekst – odkrywanie jego logiki, wewnętrznego uporządkowania, jego ukrytych i jawnych zasad,
- badacz wystrzegając się „przedzałożeń" stara się empatycznie zrozumieć sytuację badanego niejako „od wewnątrz",
- głównym zadaniem jest próba wyjaśnienia dróg, jakimi ludzie dochodzą do odbioru i zrozumienia sytuacji, podejmowania działań, radzenia sobie z codziennymi

sytuacjami, dokumentuje się świat przez pryzmat indywidualnego postrzegania i doświadczania badanych,

- preferuje się badania indukcyjne, oparte na wyprowadzaniu hipotez z uzyskanych danych, nie zaś na testowaniu hipotez założonych przed rozpoczęciem badań,
- używa się w nich stosunkowo mało standaryzowanych narzędzi badawczych,
- preferuje się dane pojawiające się w warunkach naturalnych, w ramach nieustrukturyzowanych (lub słabo ustrukturyzowanych) wywiadów,
- większość prowadzanych analiz dotyczy słów i obrazów, które badacz może tak organizować żeby umożliwiły one porównywanie, analizowanie i opisywanie schematów, wzorów, tworzenie typologii (M. Piorunek 2016, s. 9).

W przeciwieństwie do badań ilościowych, tym o charakterze jakościowym przypisuje się takie cechy, jak „miękkość", elastyczność, subiektywizm, spekulatywność, ugruntowanie w rzeczywistości, koncentrację na studiach przypadków" (M. Piorunek 2016, s. 9).

Oprócz powyższych cech pedagogicznego myślenia humanistycznego Dariusz Kubinowski nadmienia, że w badaniach jakościowych istnieją analogicznie dialektyczne relacje pomiędzy kontekstualnością, adekwatnością oraz idiomatycznością, przy czym idiomatyczność odnosi się do przedmiotu badań i wskazuje na „potrzebę nieustannego zgłębiania istoty i jakości danego fenomenu" (D. Kubinowski 2010, s. 65). Z kolei adekwatność nakłada na badacza wymóg wyboru i doboru takich metod poznania, które będą odpowiadały tak uwarunkowaniom kontekstualnym, jak i istocie przedmiotu badań. Dariusz Kubinowski podkreśla przy tym, że opisywane powyżej relacje dialektyczne charakteryzują się dynamicznością, ponieważ dogłębne rozumienie badanych zjawisk dokonuje się w trakcie procesu badawczego, który również ewoluuje i jest poddawany przekształceniom. Sytuacje oraz metody badawcze także nie pozostają bez wpływu na badane zjawisko, stąd „cały proces poznawania nie ma charakteru linearnego, a- zgodnie z założeniami hermeneutyki- przybiera postać kołową. Przy tym jest to proces nigdy niezakończony, a wszelkie interpretacje mogą mieć wyłącznie charakter tymczasowy" (D. Kubinowski 2006, s. 65).

Opisywane w literaturze przedmiotu cechy badań jakościowych najczęściej koncentrują się wokół wskazania, że są one tym typem badań, które mają na celu przyjrzenie się naturalnemu światu zewnętrznemu, który nie jest sztucznie symulowany np. w laboratorium oraz interpretację i wyjaśnianie zjawisk z perspektywy „wewnętrznej", co może zostać dokonane, jak wskazuje Uwe Flick, na wiele sposobów: poprzez analizę doświadczeń zarówno jednostek, jak i grup, które wiążą się bądź z indywidualnymi biografiami, bądź z prywatną albo

zawodową praktyką życiową; analizę zarówno aktów komunikacji, jak i interakcji w czasie ich trwania, jak również analizę dokumentów (U. Flick 2010, s. 13).

W ramach podsumowania powyższej charakterystyki badań jakościowych chciałabym przywołać podstawowe zasady wskazywane przez M. Q. Pattona:

- wszystkie osoby charakteryzują się unikalnością i wyjątkowością;
- wszystkie osoby zasługują na szacunek, a wraz z nim sprawiedliwość i uczciwość powinny stanowić podłoże dla wzajemnych relacji;
- proces badania, jak również zmian nie powinny być w żaden sposób narzucane czy wymuszane;
- uczucia, emocje oraz afekty są naturalnymi komponentami ludzkiego doświadczenia;
- badacz ma za zadanie wspierać oraz akceptować, nie oceniać. Powinien respektować wybór innych ludzi oraz ich prawo do tego, by żyli, jak chcą;
- powinno rozumieć się ludzi holistycznie oraz kontekstualnie;
- komunikaty powinny być szczerze nadawane oraz w sposób otwarty podzielane z uwzględnieniem szacunku wobec jednostki, jak również wspierając otwartość będącą wartością samą w sobie (M. Q. Patton 1990, s. 124- 125, za: D. Kubinowski 2010, s. 72).

Uzasadnieniem wyboru strategii jakościowej w badaniach autorskich jest możliwość głębszego i lepszego zrozumienia, w toku indywidualnych spotkań, świata osób badanych, co nie byłoby możliwe przy wykorzystaniu strategii badań ilościowych, ponieważ, jak pisze Stanisław Palka, „poznanie to, jakkolwiek zredukowane do jednego miejsca i czasu, bez możliwości uogólniania wyników na całą populację badanych osób, nacechowane subiektywizmem badaczy i poznawanych osób, jest kluczem do zrozumienia i interpretowania postaw i zachowań oraz sytuacji życiowej indywidualnej i społecznej" (S. Palka 2006, s. 77). Ponadto, dzięki wykorzystaniu badań jakościowych mogę zbadać, „przy użyciu kategorii znaczących i bogatych w szczegóły- to, w jaki sposób ludzie tworzą świat wokół siebie, co robią lub co im się przydarza" (U. Flick 2011, s. 13). Specyfika badań jakościowych wskazuje na „docieranie bardziej »w głąb« badanego zjawiska a także poszerza perspektywę jego oglądalności (kontekst)" (T. Bauman 1995, s. 55) oraz uwzględnia „wyjątkowość, jednostkowość i niepowtarzalność każdej sytuacji badawczej" (T. Bauman 1995, s. 59). Teresa Bauman pisze o tym w następujący sposób: „w badaniach jakościowych rezygnuje się z postulatu reprezentatywności próby (dającej możliwość szerokich uogólnień) a także z rzetelności (pozwalającej na powtórzenie badania przy użyciu tego samego narzędzia)" (T.

Bauman 2010, s. 281). W konsekwencji mam świadomość, że uzyskanych wyników badań nie będę mogła uogólniać. Mimo to biografie dorosłych dzieci alkoholików stworzą obraz tego, jak postrzegają one swoje życie oraz jakie wsparcie społeczne stało się ich udziałem w konfrontacji do oczekiwań i rzeczywistych ich potrzeb.

7.3. Metoda biograficzna i jej zastosowanie w badaniach autorskich

Okres rozkwitu badań biograficznych i narracyjnych przypada na lata 20te XX wieku, mimo, że początki naukowego zainteresowania nimi sięgają już XVIII wieku. Rozwój badań narracyjnych w dużej mierze był zasługą W. Diltheya oraz badaczy ze szkoły chicagowskiej w Stanach Zjednoczonych. Jak wskazuje Dariusz Kubinowski, w odniesieniu do narracji można mówić o ich formie ustnej, bądź pisemnej, pozyskiwanej bądź wysłuchiwanej, jednak we wszystkich wymienionych przypadkach mogą one być „krótkim tematycznym opowiadaniem o konkretnych zdarzeniach czy charakterystycznych postaciach, na przykład spotkaniach z przyjacielem, szefem, lekarzem; szerszą opowieścią o ważnych aspektach czyjegoś życia, takich jak uczęszczanie do szkoły, praca, małżeństwo, rozwód, narodziny dziecka, choroba, trauma, udział w wojnie czy ruchu społecznym; długą historią całego życia od narodzin do czasów obecnych" (D. Kubinowski 2010, s. 166- 167).

Samo słowo „biografia" jest rozumiane jako opis życia, a „za jego pomocą określamy także to, co jest przedmiotem opisu. Mamy na myśli życie ludzkie w jego rzeczywistym wymiarze- biografię, jako realne życie" (D. Lalak 2010, s. 259- 260). I. K. Helling, w swoim artykule zatytułowanym „*Metoda badań biograficznych*" wskazuje na trudności w zdefiniowaniu metody biograficznej pisząc, że: „Określenie »metoda biograficzna« jest stosowane obecnie w odniesieniu do luźno powiązanego zestawu strategii badawczych odwołujących się do różnych założeń teoretycznych i metod. Co więcej »nowa« metoda badań biograficznych jest teraz w toku tworzenia i rezultaty tego zaczęły się dopiero niedawno pojawiać w publikacjach. W tej sytuacji byłoby przedwcześnie prezentować czytelnikowi wyraźne reguły procedur badawczych, gotowe do zastosowania" (I. K. Helling 1990, s. 13). Należy przy tym podkreślić, że „ludzkie życie jest procesem, który najbardziej lapidarnie można określić- zwłaszcza z perspektywy pedagogiki, jako proces rozwoju, uczenia się i kształtowania. Oznacza to, że nie jest ono zdeterminowane biologicznie ani określone wyłącznie zewnętrznymi społecznymi okolicznościami, ani też nie jest wyrokiem ślepego losu. Biografia jest zatem podmiotowo zorientowanym i zorganizowanym procesem rozwoju i kształtowania osobowości człowieka" (D. Lalak 2010, s. 262).

W naukach społecznych biografia może być traktowana dwojako: z jednej strony jako przedmiot naukowej analizy, z drugiej jednak strony jako metoda badań humanistycznych. W pierwszym ujęciu biografia polega na badaniu historii życia danej jednostki, z kolei w drugim ujęciu „samo tworzenie biografii, rekonstrukcja przebiegu życia może być zadaniem naukowym" (D. Lalak 2010, s. 262).

Podejście biograficzne jest terminem bardzo szerokim, który określa kilka metod stosowanych w naukach społecznych. Jak podkreśla Paulina Bednarz- Łuczewska oraz Michał Łuczewski: „cechą wspólną badań w ramach podejścia biograficznego- zwanych także badaniami biograficznymi- jest ich przedmiot: życie konkretnego człowieka ujęte w narrację. Można powiedzieć, że podejście biograficzne to naukowa analiza opowieści o ludzkim życiu lub procesu powstawania tej opowieści" (P. Bednarz- Łuczewska, M. Łuczewski 2012, s. 91). Podstawą podejścia biograficznego jest uznanie, że wszystkie procesy makrostrukturalne, czyli te, których specyfika odnosi się do dużych zbiorowości ludzkich, są umiejscowione w życiu jednostek, które współtworzą wspomniane zbiorowości. W konsekwencji, „życie pojedynczego człowieka zawiera w sobie- niczym hologram- informację o społeczeństwie i czasach, w których żyje. Badamy biografię nie tylko po to, żeby poznać człowieka- jego wrażliwość, system wartości, decyzje, lecz także po to, by spojrzeć na cały świat społeczny zapisany w jego losie. Dlatego właśnie metoda ta pozwala na wyciąganie ogólnych wniosków na podstawie analizy niewielu przykładów, czasem nawet jednego życia" (P. Bednarz- Łuczewska, M. Łuczewski 2012, s. 91).

Metoda biograficzna jest różnorako definiowana, co nierzadko zależne jest od dyscypliny naukowej, na gruncie której definicja jest stosowana. Przykładowo Susan E. Chase wskazuje, że badania narracyjne są szczególnym typem badań jakościowych i można je scharakteryzować, jako „amalgamat interdyscyplinarnych ujęć analitycznych, zróżnicowanych podejść dyscyplinarnych oraz tradycyjnych i innowacyjnych metod- wszystkich skupionych wokół zainteresowania biograficznymi szczegółami jako narracjami kogoś, kto je przeżywa" (S. E. Chase 2005, s. 651 za: D Kubinowski 2010, s. 166). Z kolei wśród polskich autorów, Mieczysław Łobocki pisze, że jest to metoda „polegająca na opisie i analizie przebiegu życia ludzkiego rozpatrywanego w kontekście określonego wycinka rzeczywistości społecznej. Ma się tu na uwadze zwykle całościowy lub fragmentaryczny przebieg życia badanych osób, w tym często ściśle określony rodzaj ich działalności z tytułu pracy zawodowej, życia rodzinnego, społecznego, towarzyskiego, religijnego łącznie z ich dokonaniami i niepowodzeniami" (M. Łobocki 2010, s. 300).

Wybrałam tę metodę badawczą, ponieważ charakteryzuje się ona wieloma zaletami, z punktu widzenia celów proponowanych badań:

- istotnym jest, by dzięki badaniu indywidualnych historii życia ludzi, poznać świat ich wartości oraz to, jakie znaczenie przypisują określonym sprawom i zdarzeniom;
- istotnym jest, by, dzięki poznaniu świata ich wartości poznać „świat wartości społeczności, w której ci ludzie żyją, świat znaczeń nadawanych rzeczom przez grupy społeczne, których owi ludzie są członkami" (A. Nowak 1998, s. 107);
- ważnym wydaje się uzyskanie informacji, co wpłynęło na kształt osobowości osoby badanej, jakie zależności oraz przyczyny ukształtowały sytuację, w jakiej się obecnie znajduje;
- uzyskana wiedza może być pomocna we wszelkich działaniach, których celem będzie niesienie pomocy osobom badanym w ich rozwoju, bądź dzieciom i młodzieży, których sytuacja zbliżona jest do sytuacji osób badanych;
- ważnym jest, że dzięki badaniom biograficznym będę mogła uzyskać informacje o zależnościach między zachowaniem jednostki a środowiskiem, w jakim funkcjonowała, jak również poznać mechanizmy oddziaływań wychowawczych (A. Nowak 1998, s. 106- 107).
- badania biograficzne pokazują dynamikę ludzkiego życia oraz jego skomplikowanie;
- podkreślają istotność podmiotowości jednostki (P. Bednarz- Łuczewska, M. Łuczewski 2012, s. 99).

Ponadto, metoda biograficzna wydaje się być najbardziej adekwatną oraz użyteczną metodą wobec stawianych przeze mnie celów badawczych, ponieważ „przedstawia doświadczenia i definicje danej osoby, danej grupy lub danej organizacji tak, jak ta osoba, grupa lub organizacja interpretuje te doświadczenia" (I. K. Helling 1990, s. 13 za: N. Denzin 1970). W biografii „najpełniej ujawnia się jednostka jako działający podmiot. Możliwość autorskiej wypowiedzi daje jej szansę wyeksponowania własnej roli w kształtowaniu życia i otoczenia" (P. Bednarz-Łuczewska, M. Łuczewski 2012, s. 101). W konsekwencji, odwołując się do Tadeusza Pilcha oraz Teresy Bauman, „istota badań biograficznych opiera się na założeniu, iż nie istnieje, w sensie obiektywnym, żaden podmiotowy wymiar rzeczywistości społecznej. Wiedza o społeczeństwie jest zawsze wiedzą »czyjąś«, a są takie obszary rzeczywistości społecznej, które możemy poznać jedynie przez ukazanie ich osobistego wymiaru" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 301).

Wykorzystanie metody biograficznej w moich badaniach pozwoli mi na bliższe przyjrzenie się temu, jakie doświadczenia, związane z dorastaniem w rodzinie alkoholowej towarzyszą dorosłym dzieciom alkoholików oraz jakiego wsparcia oczekiwali i jakie otrzymywali i otrzymują. Będę miała możliwość poznania indywidualnego i subiektywnego sposobu postrzegania otaczającej ich rzeczywistości z punktu widzenia osób, które doświadczyły trudności związanych z wychowywaniem się w rodzinie, gdzie jeden z jej członków jest niewydolny wychowawczo ze względu na swoje uzależnienie od alkoholu. Ponadto, dzięki wykorzystaniu metody biograficznej w tej grupie osób, będę mogła zrekonstruować trajektorię życia dorosłych dzieci alkoholików oraz poznać ich doświadczenia związane z dorastaniem w rodzinie alkoholowej, ich postawy, oceny, opinie oraz wyznawane wartości.

7.4. Przedmiot, cele oraz pola problemowe autorskich badań jakościowych

Przedmiotem badań uczyniłam doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików, które wiążą się z ich dorastaniem w rodzinie alkoholowej oraz oczekiwane przez nie i otrzymywane w przeszłości i aktualnie wsparcie na poszczególnych etapach ich życia. Prowadząc badania, w których odniosę się do opisu doświadczeń dorosłych dzieci alkoholików, nie będę się wyłącznie koncentrować na opisie tego, co przeżyły, ale zwrócę uwagę także na podejmowaną przez nie aktywność/ działania oraz odwoływać się będę do wyciągniętych przez nie wniosków i opinii dotyczących tego, czego doświadczyły kiedyś i czego doświadczają aktualnie. W konsekwencji obszarem moich zainteresowań jest to, jak dorosłe dzieci alkoholików opisują własne doświadczenia wynikające z dorastania w takim systemie rodzinnym, jakie nadają im znaczenie. Kolejnym obszarem penetracji badawczej będzie oczekiwane oraz otrzymywane przez DDA wsparcie społeczne na poszczególnych etapach ich życia.

Przeprowadzenie badań ma na **celu**:

1. Opisanie doświadczeń życiowych na etapie dzieciństwa, dorastania i dorosłości oraz nadawanych im aktualnie znaczeń przez dorosłe dzieci alkoholików.
2. Ukazanie towarzyszących dorosłym dzieciom alkoholików emocji, przeżyć i strategii postępowania.
3. Ustalenie rodzajów i poziomu wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego
4. Ocenę efektywności wsparcia, które jest przeznaczone dla osób pochodzących z rodzin alkoholowych wraz z wskazaniem potencjalnych kierunków jego rozwoju.

W swoich badaniach koncentruję się na następujących obszarach problemowych:

1. **Jakie są biograficzne doświadczenia okresu dzieciństwa i adolescencji DDA?**
   1.1. Jak DDA postrzegają siebie w dzieciństwie i adolescencji?
      - personalne zasoby;
      - samoocena;
      - przyjmowane role.

   1.2. Jakie doświadczenia związane z sytuacją rodzinną okresu dzieciństwa i adolescencji mają DDA?
      - charakterystyka relacji rodzinnych w kontekście uzależnienia od alkoholu jednego członka rodziny pochodzenia:
        - funkcjonowanie w codzienności;
        - samopoczucie w rodzinie;
        - relacje między rodzicami;
        - relacje rodzice – dzieci;
        - atmosfera w rodzinie;
        - radzenie sobie ze stresem w rodzinie.

   1.3. Jakie doświadczenia okresu szkolnego przywołują DDA?
      - relacje z rówieśnikami;
      - relacje z nauczycielami;
      - samopoczucie w szkole;
      - szkolne rezultaty edukacyjne;
      - radzenie sobie z porażkami.

   1.4. Jakie pozarodzinne i pozaszkolne relacje społeczne były istotne z punktu widzenia funkcjonowania badanych w okresie dzieciństwa i adolescencji?
      - relacje z osobami ważnymi spoza rodziny pochodzenia.

   1.5. Jak DDA opisują swoje sposoby radzenia sobie ze stresem w okresie dzieciństwa i adolescencji?

2. **Jakie są biograficzne doświadczenia okresu dorosłości DDA?**
   2.1. Jak DDA postrzegają siebie aktualnie?
      - personalne zasoby;
      - samoocena;
      - aktualne samopoczucie w rodzinie w rodzinie pochodzenia;
      - podejmowane role;

- trudności personalne.

2.2. Jakie aktualne doświadczenia związane z sytuacją funkcjonowania w rodzinie pochodzenia mają DDA?
   - charakterystyka funkcjonowania w rodzinie pochodzenia:
     - kontakty podtrzymywane/ zerwane z rodziną pochodzenia
     - relacje między rodzicami;
     - relacje z rodzicami;
     - atmosfera rodzinna.

2.3. Jak DDA postrzegają związek pomiędzy dorastaniem w rodzinie alkoholowej a ich aktualnym funkcjonowaniem w utworzonym przez siebie związku partnerskim/ relacjach z innymi ludźmi?

2.4. Jak DDA opisują swoje sposoby radzenia sobie aktualnie ze stresem?

2.5. Jaki jest poziom aktualnej satysfakcji życiowej DDA?
   - poziom zadowolenia z aktualnego życia;
   - poziom zadowolenia z relacji interpersonalnych;

3. Jakie doświadczenia związane ze wsparciem społecznym były i są udziałem DDA?

3.1. Jakich obszarów funkcjonowania (obszar relacyjny, organizacji życia domowego, obszar szkolny itd.) dotyczyło **wsparcie otrzymywane** na poszczególnych etapach biograficznych?

3.2. Jakie kategorie osób/ środowisk/ instytucji udzielały wsparcia DDA?

3.3. Jakiego rodzaju wsparcia doświadczały DDA i jaką formę ono przybierało?
   - przejawy wsparcia emocjonalnego;
   - przejawy wsparcia informacyjnego;
   - przejawy wsparcia instrumentalnego;
   - przejawy wsparcia rzeczowego.

3.4. Jak DDA oceniają wsparcie (emocjonalne/ informacyjne/ instrumentalne/ rzeczowe) otrzymywane na poszczególnych etapach biograficznych?

3.5. Jakiego rodzaju wsparcia społecznego **oczekiwały** na wcześniejszych etapach biograficznych i obecnie **oczekują** DDA?
   - obszary biograficzne, w których oczekiwały/oczekują wsparcia;
   - kategorie osób/ środowisk/ instytucji, od których oczekiwały wsparcia;

- rodzaje oczekiwanego wsparcia (emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, rzeczowe).

3.6. Jakie są, zdaniem badanych, przyczyny potencjalnych rozbieżności w sferze wsparcia otrzymywanego i oczekiwanego?

Chcąc zrealizować postawione cele oraz uzyskać informacje w wyżej wymienionych obszarach problemowych, w swoich badaniach posłużę się, scharakteryzowaną już wcześniej **metodą biograficzną**, dzięki której będę miałam możliwość „przedstawić doświadczenia i definicje danej osoby, danej grupy (…) tak, jak ta osoba, grupa (…) interpretuje te doświadczenia" (I. K. Helling 1990, s. 13 za: N. Denzin 1970).

Techniką, którą się posłużę, będzie wywiad biograficzny, ponieważ dzięki jego wykorzystaniu będę mogła skoncentrować się na „historiach opowiadanych przez badanych, na fabule i strukturze ich opowieści. Historie te mogą pojawiać się spontanicznie podczas wywiadu lub zostać sprowokowane przez osobę prowadzącą wywiad" (S. Kvale 2010, s. 127).

7.5. Wywiad biograficzny (wywiad narracyjny)- technika badawcza badań autorskich

W swoich badań zastosuję **wywiad narracyjny**[136]. Idea „wywiadu pogłębionego ma swoje źródło w założeniach hermeneutyki, zgodnie z którymi rozumienie ludzkiego działania, życia, jest możliwe dzięki procesom interpretacji dokonywanych z pozycji analizującej własne działanie (życie) jednostki. Badany snując opowieść, interpretuje swoje działania, nadaje im sens w perspektywie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń. W związku z tym, każdy badany może skupiać się na innych problemach i sygnalizować inne aspekty interesującego badacza zjawiska. Wywiad pogłębiony jest długą rozmową, rozciągającą się niekiedy na kilka spotkań" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 327). Z kolei Steinar Kvale podkreśla, że „wywiady narracyjne koncentrują się na historiach opowiadanych przez badanych, na fabule i strukturze ich opowieści. Historie te mogą pojawiać się spontanicznie podczas wywiadu lub zostać sprowokowane przez osobę prowadzącą wywiad" (S. Kvale 2010, s. 127).

Wśród cech wywiadu narracyjnego (D. Kubinowski 2010, s. 210- 211), którymi sama zamierzam się kierować, przeprowadzając wywiady z dorosłymi dziećmi alkoholików wymienia się:

- badani swobodnie mogą wyrażać swój punkt widzenia;

[136] W literaturze przedmiotu pojawiają się określenia: wywiad pogłębiony, jakościowy, otwarty, biograficzny i narracyjny często używane zamiennie.

- badacz musi być elastyczny w trakcie przeprowadzania wywiadu oraz powinien unikać pytań, na które można otrzymać jedynie odpowiedzi „tak" lub „nie";
- badacz powinien z uwagą słuchać tego, co ma mu do powiedzenia badany oraz empatycznie wyrażać uczucia, które będą wspierały badanego, ponieważ „dobre słuchanie może stymulować dobre mówienie" (D. Kubinowski 2010, s. 210);
- badacz powinien w miarę możliwości utrzymywać kontakt wzrokowy z badanym, ponieważ umożliwia to otworzenie się badanego przed nim;
- celem badacza nie ma być instruowanie badanego, ale poznanie jego perspektywy;
- badacz powinien stworzyć możliwie najbardziej komfortową atmosferę badanemu (D. Kubinowski 2010, s. 210).

M. Lichtmanema wskazuje na pięć faz wywiadu narracyjnego, do których zamierzam się stosować podczas przeprowadzania badań:

1. **Zaawansowane planowanie-** polega ono na przygotowaniu 5- 10 tematów, na których będzie się opierał wywiad, które nie będą rozumiane, jako kwestionariusz. Chodzi bowiem o wykorzystanie zdobytej wiedzy z danego zakresu materiału, jak również przestudiowanie literatury w tym obszarze. Można przygotować listę konkretnych danych osobowych, których znajomość, w odniesieniu do konkretnego uczestnika badań, może okazać się przydatna. Należy również przemyśleć trzy zagadnienia, od których rozmowa zostanie rozpoczęta, a mają one na celu zdobycie zaufania rozmówcy (D. Kubinowski 2010, s. 209).
2. **Otwarcie-** przedstawienie osobie badanej swojej sylwetki, wyjaśnienie jej powodu, dla którego została zaproszona na wywiad, przybliżenie jej celu badań oraz istoty rozpoczynanego wywiadu. Należy także rozmówcę zapoznać z formą sporządzania dokumentacji, jak również przewidzianym czasem trwania wywiadu. Przedstawienie badanemu dokumentów, które poświadczają uzyskaną uprzednio zgodę na przeprowadzenie badań, jak również porozumienie się z badanym w kwestii dotyczącej jego udziału, także ewentualne uzyskanie jego zgody na nagrywanie wywiadu.
3. **Rozpoczynanie-** stworzenie odpowiednich warunków do współpracy, które umożliwią nawiązanie kontaktu oraz przyjaznej relacji z osobą badaną. Zachęcanie badanego do rozmowy oraz oddanie mu głosu i unikanie sytuacji, w

której badacz mógłby dominować w procesie wywiadu. Chodzi bowiem o stopniowe oraz uczciwe pozyskiwanie zaufania badanego.

4. **Sedno wywiadu**- „posługiwanie się przygotowanymi wytycznymi, tematami, w formie nieustrukturyzowanej, a spontanicznie dostosowywanej do kolejnych kroków wywiadu i ich rezultatów" (D. Kubinowski 2010, s. 209). Chodzi o rezygnację z dokładnego notowania tego, co badany powie, kosztem skupienia się na rozumieniu, słuchaniu oraz myśleniu o kolejnym pytaniu, które wcześniej zostało albo przewidziane, albo które wynikło na skutek prowadzonej rozmowy.
5. **Kończenie wywiadu**- podczas kończenia przeprowadzanego wywiadu należy umożliwić badanemu wyrażenie swojej końcowej opinii, wystosowania swoich wrażeń dotyczących przebiegu wywiadu oraz jego treści. Istotnym jest także podziękowanie za wzięcie udziału w badaniu, oznaczenie nagrań oraz skompletowanie notatek, sporządzenie odpowiedniego zapisu w dzienniku utrwalając również swoje bieżące refleksje (M. Lichtman 2006, s. 119- 121 za: D. Kubinowski 2010, s. 209).

7.6. Dobór próby badawczej, charakterystyka osób badanych i organizacja badań

Dobór **próby badawczej** definiowanej jako „zbiór starannie wyselekcjonowanych przypadków, materiałów czy zdarzeń, które składają się na korpus empirycznych przykładów umożliwiających jak najbardziej owocne zgłębienie badanego zjawiska" (U. Flick 2010, s. 58-59), będzie podyktowany względami poznawczymi, co w konsekwencji oznacza **wybór celowy**[137] próby. Dobór próby nie zostanie zrealizowany na bazie modeli prób statystycznych, ponieważ „w strategii jakościowej nie pojawiają się liczby określające minimum przebadanych sytuacji czy osób. Można zbadać jedną osobę (np. historia życia, badania biograficzne) lub jedno zjawisko (np. badania w działaniu) i będzie to stanowiło wystarczający materiał do opisu" (T. Pilch, T. Bauman 2010, s. 282).

W badaniu wezmą udział te dorosłe dzieci alkoholików, które spełniły poniższe kryteria:

- określają siebie dorosłymi dziećmi alkoholików, czyli osobami, które dorastały w rodzinie, w której co najmniej jeden z rodziców jest uzależniony od alkoholu;

[137] Przez wybór celowy, czy, jak go określa Tadeusz Pilch- nielosowy, rozumie się wybór, który „świadomie dopuszcza do próby jednostki, które wydają się być nietypowe lub posiadać szczególnie charakterystyczne cechy" (T. Pilch 1977, s. 73).

- uczestniczyły bądź wciąż uczestniczą w terapii indywidualnej lub grupowej przeznaczonej dla dorosłych dzieci alkoholików, przez co najmniej rok, a ich uczestnictwo w niej spowodowane jest/ było pojawiającymi się problemami, które według nich są pochodną dorastania w rodzinie alkoholowej[138];
- kontakt badanego z badanym będzie na tyle głęboki, że jego płaszczyznę stanowić będzie wzajemne zaufanie, dzięki któremu możliwe będzie uzyskanie szczerych i wiarygodnych odpowiedzi.

Dzięki wyżej wymienionym kryteriom możliwe stało się wytypowanie tych osób do badań, które spełniły kryterium reprezentatywności (nie statystycznej) takiej, o jakiej mówi się w badaniach jakościowych- rozumianej pod kątem wyjątkowości badanych osób, ich niepowtarzalności oraz jednostkowości (T. Bauman 1995, s. 59).

Przebadanych zostanie czternaście osób stanowiących grupę heterogeniczną- w badaniu wezmą udział zarówno mężczyźni, jak i kobiety o różnej rozpiętości wiekowej. Do moich rozmówców docierałam **drogą formalną**- poprzez kontakt z poradnią, która prowadzi terapie indywidualne dorosłych dzieci alkoholików oraz grupy terapeutyczne im przeznaczone, jak również drogą nieformalną, posługując się **metodą kuli śnieżnej**. Terenem badań uczynię miejsce dogodne dla osób badanych (np. ich miejsce zamieszkania) tak, by mogli oni dokonywać swobodnej narracji, czuć się bezpiecznie i komfortowo, co w konsekwencji umożliwi mi uzyskiwanie niezbędnych danych empirycznych.

Należy nadmienić, że wszystkim osobom biorącym udział w badaniu została zapewniona anonimowość poprzez zmianę ich prawdziwych imion oraz imion bliskich im osób. Do wszystkich nagrań mam wyłączny dostęp ja i są one zabezpieczone przed możliwym udostępnieniem innym osobom. Wszyscy badani wyrazili ustnie zgodę zarówno na przeprowadzenie wywiadu, jak również na jego nagrywanie i wykorzystanie jego wątków w pracach naukowych, co zostało udokumentowane w nagraniu. W tabeli poniżej przedstawiam najważniejsze informacje odnoszące się do charakterystyki moich rozmówców.

[138] Mam świadomość tego, że udział dorosłych dzieci alkoholików w terapii zmienił zapewne ich postrzeganie doświadczeń przeszłych oraz aktualnych, jak również percepcję wpływu, jakie miały one na ich aktualne funkcjonowanie. Zdaję sobie wobec tego sprawę z tego, że badana przeze mnie grupa dorosłych dzieci alkoholików będzie miała większą samoświadomość i w konsekwencji lepszy wgląd w mechanizmy swojego funkcjonowania oraz sposoby odczuwania i reagowania na niektóre sytuacje.

Imię[139]	Wiek	Miejsce pochodzenia[140]	Aktualne miejsce zamieszkania	Wykształcenie	Płeć uzależnionego rodzica
Grażyna	34 lata	Małe miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Adam	34 lata	Duże miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Anita	21 lat	Małe miasto	Duże miasto	Średnie	Ojciec
Gosia	21 lat	Duże miasto	Duże miasto	Średnie	Ojciec
Krzysztof		Duże miasto/średnie miasto[141]	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Klaudia	32 lata	Małe miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Ula	39 lat	Duże miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Krystyna	44 lata	Małe miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Katarzyna	37 lat	Małe miasto	Duże miasto	Wyższe	Matka
Sławek	30 lat	Małe miasto	Duże miasto	Średnie	Ojciec
Damian	46 lat	Średnie miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Alicja	46 lat	Małe miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec
Konrad	31 lat	Duże miasto	Duże miasto	Średnie	Ojciec
Piotr	32 lata	Duże miasto	Duże miasto	Wyższe	Ojciec

[139] Podane imiona są imionami zmienionymi, w celu zachowania anonimowości moich rozmówców i nimi będę się posługiwała przy opisie wyników badań.

[140] W określeniu miejsca zamieszkania moich rozmówców będę posługiwała się następującym nazewnictwem i związaną z nim charakterystyką: **małe miasto**- do 20 tysięcy mieszkańców; **średnie miasto**- do 100 tysięcy mieszkańców; **duże miasto**- powyżej 20 tysięcy mieszkańców (A. Runge 2012).

[141] Krzysztof okres dzieciństwa spędził w mieście, z kolei gdy wchodził w okres adolescencji, rodzice przeprowadzili się z nim do małego miasta znajdującego się w pobliżu pierwotnego miejsca zamieszkania.

ROZDZIAŁ

Poprzeczna analiza przypadków - wyniki badań własnych[142]

8.1. Dzieciństwo i adolescencja dorosłych dzieci alkoholików[143]

8.1.1. Poczucie własnej wartości w okresie dzieciństwa

Wielu autorów zajmujących się problematyką dorosłych dzieci alkoholików szczególne znaczenie przypisuje funkcjonowaniu całego systemu alkoholowego, który w sposób istotny rzutuje na postrzeganie siebie oraz świata zewnętrznego przez osoby w nim wychowywane.

Najwcześniejsze momenty życia dziecka, sposób opiekowania się nim, (nie)reagowanie na jego potrzeby będą stanowiły prymarne podłoże do kształtowania jego relacji z innymi ludźmi oraz sposobu wchodzenia w relacje interpersonalne. Rodzina, stanowiąc podstawową grupę społeczną i podstawowe środowisko wychowawcze, determinuje zachowanie jednostki, buduje jej kolebkę doświadczeń, które w dużym stopniu będą rzutowały na jej dobrostan psychofizyczny. Sposób funkcjonowania rodziców, traktowanie przez nich dzieci, ich zdrowie zarówno fizyczne, jak również psychiczne, w dużym stopniu stanowić będą o samopoczuciu i samoocenie wychowanków. W szczególności „akceptująca postawa rodziców wobec dziecka oraz jego problemów" (A. Zbonikowski 2011, s. 63) jest zalążkiem kształtowania wysokiego poczucia własnej wartości jednostki, pewności siebie oraz swoich możliwości, lepszego radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego. Z kolei brak akceptacji ze strony rodziców, ciągła krytyka, przemoc psychiczna, fizyczna, czy nawet seksualna, najczęściej prowadzą do szeregu problemów, z którymi boryka się dziecko. Przybierają one postać zarówno zniekształconej percepcji własnej osoby (często bardzo zaniżonej), jak również szeregu trudności w postaci internalizacji bądź eksternalizacji problemów (K. Gąsior 2012, s. 52-53).

Tak **istotne znaczenie rodziny dla (nie)prawidłowego funkcjonowania jej członków znalazło swoje odzwierciedlenie w narracjach badanych osób**, które niejednokrotnie wspominając swoje dzieciństwo wskazywały szereg sytuacji kształtujących ich przeszłe i

[142] **Podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie ze specyfiką prowadzonych przeze mnie badań, nie dokonuję ich generalizacji i uogólnień na szerszą populację. W swoich wnioskach odwołuję się wyłącznie do grupy osób przeze mnie badanych. Należy także zaznaczyć, że grupa ta korzystała bądź/i korzysta z jakiejś formy terapii (indywidualnej/grupowej). W związku z tym mają znacznie większą samoświadomość doświadczanych trudności, ich źródeł i potencjalnych konsekwencji z nich wynikających, aniżeli dorosłe dzieci alkoholików nigdy niepartycypujące w żadnych formach pomocy. Wspomniana większa samoświadomość często zauważalna jest w sposobie ich wypowiedzi i podejmowanej autorefleksji nad swoim funkcjonowaniem w różnych obszarach życia.**

[143] Wszelkie dane mogące zidentyfikować rozmówców, w tym imiona ich oraz osób im bliskich, fakty i zdarzenia zostały zmienione. Nie miało to jednak wpływu na zasadniczy tok narracji.

aktualne funkcjonowanie w wielu płaszczyznach życia. We wszystkich narracjach osób badanych, opisujących siebie w okresie dzieciństwa, ukazuje się obraz **osoby nieatrakcyjnej, o niskim poczuciu własnej wartości, niegodnej uwagi**. Jak wskazuje Barbara Kałdon, dorastanie w rodzinie alkoholowej wiąże się z olbrzymim bagażem doświadczeń i zjawisk, „które odbijają się na postrzeganiu samego siebie oraz otaczającego świata" (B. Kałdon 2015, s. 97). W przypadku dzieci postrzeganie samych siebie często bywa znacznie zniekształcone przez pryzmat negatywnych komunikatów ze strony najbliższych.

[Katarzyna] *Naprawdę myślę, że byłam trudnym dzieckiem, ponieważ ja byłam, jak mnie to moja mama nazywała, powsinogą i szlifowałam bruki* (nazwa miejscowości). *(…) Byłam wredna. Ale byłam też zakompleksionym dzieckiem, bardzo (…). W dużej mierze je* (kompleksy) *zaakceptowałam (…). Moje kompleksy dotyczyły tego, że źle wyglądam, że jestem potwornie gruba, że jestem brzydka, że wyglądam jak babochłop, że przez to jaka jestem zła i niedobra pewne rzeczy są mi zabronione. Wkręciłam sobie taką jazdę na przykład, że wszyscy mogą prowadzić samochód, tylko nie ja.*

[Konrad] *Byłem dosyć tchórzliwym i zamkniętym w sobie. Raczej nie brałem udziału w dyskusji. Ja raczej, jeżeli chodzi o rodzinę, to starałem się ukryć, schować, że mnie nie ma i tak dalej…*

Paradoksalnie niewłaściwe traktowanie przez rodziców może sprawiać, że dziecko będzie jeszcze silniej do nich przywiązane (J. Bradshaw 1994, s. 25). Jak wskazuje Susan Forward, tzw. toksyczni rodzice „zamiast przyczyniać się do zdrowego rozwoju dziecka, nieświadomie utrudniają go, wierząc często, że robią to w interesie dziecka" (S. Forward 2016, s. 25). Sprzyja to kształtowaniu niskiego poczucia własnej wartości, braku wiary we własną samodzielność i zaradność. W rezultacie prowadzi do uzależnienia od rodzica/rodziców, **wytworzenia destruktywnej formy symbiozy** (F. Ruppert 2012, s. 67).

Tak było w przypadku kilku moich rozmówców.

[Krzysztof] *Mama chciała zawsze razem, zawsze razem, za wszelka cenę.*

[Gosia] *Ja zawsze potrzebowałam mieć blisko mamę, ale ona też zawsze gdzieś tam się trzymała mnie, kontrolowała, sprawdzała, uważała na mnie.*

[Piotr] *Z mamą miałem dobre relacje, tylko, że… hm… moja mama jest do dzisiaj taka, że dużo chce wiedzieć, wszystko właściwie chce wiedzieć, właściwie czuję się przez nią zdominowany, tutaj przez nią i z tatą na pewno jest lepiej.*

Specyfika funkcjonowania systemu alkoholowego, w którym przeważają negatywne komunikaty zwrotne wobec jego członków, znacznie utrudnia, jeśli nie uniemożliwia, dostrzeżenie własnych zasobów. W przeważającej większości moi rozmówcy, odpowiadając na pytanie dotyczące mocnych stron posiadanych w okresie dzieciństwa, **albo nie potrafili do tej kwestii ustosunkować się pozytywnie, albo odwoływali się do obszaru umiejętności edukacyjnych, a nie cech osobowości**.

Oto niektóre ich wypowiedzi:

[Piotr] *Na początek gdzieś interesowałem się przyrodą, biologią, zwierzętami, czytałem o tym, z dużą chęcią o zwierzętach, później gdzieś historią się zainteresowałem. Zawsze świetne oceny miałem z tego. Tym się interesowałem, książką- nie.*

[Alicja] *Ładnie pisałam i ładnie rysowałam (...). Zeszyty ładnie. Zawsze nauczyciele mi piątki stawiali za zeszyty, za to pismo. To tak. A i umiałam naśladować zwierzęta i ptaki. No, to tak. To takie trzy rzeczy.*

Niektórzy rozmówcy, mówiąc o swoich mocnych stronach, odwoływali się do **empatii i umiejętności pomagania** innym osobom, wskazując przy tym na **poczucie bycia wykorzystywanymi**. Można zauważyć powielanie pewnej tendencji z domu rodzinnego w relacjach z innymi ludźmi, bowiem w rodzinie alkoholowej, dzieci nierzadko są wykorzystywane psychicznie, a niekiedy również fizycznie (także seksualnie). W rezultacie „ten, kto sam rozpaczliwie szuka pociechy i pomocy, jest zmuszany, aby zajmować się osobą, która jemu powinna pospieszyć z wszelką możliwą pomocą" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kadučáková 2012, s. 58).

[Anita] *Nie wiem, jak to określić, natomiast lubiłam przebywać z ludźmi, troszeczkę byłam podatna na manipulacje. Wcześniej potrafiłam być troszeczkę, właśnie, podatna na manipulacje moich rówieśników, tudzież młodszych, czy starszych ludzi, więc zdarzały się różne takie specyficzne sytuacje i tak dalej, więc na przykład, >>wejdziesz na to drzewo<<- co, ja nie wejdę?- a potem spadam. Nigdy nic mi się nie stało. Kości z kamienia.*

[Grażyna] *No i empatia. Chyba aż za bardzo. Pomagałam wszystkim. Nie ważne, czy to mi się opłaca- pomagałam wszystkim. Kto by mnie nie poprosił o pomoc, zawsze pomagałam, bo się nie odmawia, bo tak tatuś mówi i tak kościół wykorzystuje, żeby też tak robić.*

Opisy samych siebie, a w szczególności specyfiki funkcjonowania dda w okresie dzieciństwa i adolescencji, pozwoliły dostrzec, charakterystyczne cechy odgrywanych przez nich ról psychologicznych w rodzinie alkoholowej.

8.1.2. Specyfika funkcjonowania w dzieciństwie i adolescencji w określonej roli rodzinnej

W rodzinie borykającej się z problemem uzależnienia od alkoholu istnieje sztywność respektowania określonych reguł, tendencja do stagnacji przy niechęci do zmian. Lęk przed perspektywą zaburzenia dotychczasowej homeostazy prowadzi do uruchomienia mechanizmów przystosowawczych umożliwiających przetrwanie w tak chaotycznym, niespójnym i nieprzewidywalnym środowisku. Wspomniane przystosowanie, według Scharon Wegscheider - Cruse, odbywa się przede wszystkim poprzez przyjęcie określonych ról psychologicznych, zarówno przez dzieci, jak również przez osoby dorosłe. **Mimo możliwości odgrywania przez daną osobę kilku ról, zazwyczaj specyfika jednej przeważa i znajduje**

swoje odzwierciedlenie w sposobie funkcjonowania jednostki (S. Wegscheider - Cruse 2000; A. Margasiński 2011, s. 85). **„Przyjmowanie ról może mieć charakter płynny, tzn. role mogą być zmieniane, można także pełnić kilka ról równolegle czy naprzemiennie. Role opisują zachowania, a nie osoby**" (A. Margasiński 2012, s. 85). W konsekwencji dziecko osoby uzależnionej od alkoholu nie będzie schematycznie funkcjonowało wyłącznie w jednej roli. Jak podaje Sharon Wegscheider - Cruse, „**niekiedy, gdy zmienią się okoliczności lub rola stanie się zbyt niewygodna, pełniący ją dotąd próbuje innej. Często oznacza to, że ten, kto zaczyna odgrywać nowo wybraną rolę, musi się przestawić, rezygnując ze starej i przyjmując nową, która właśnie jest wolna**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 81-82).

Na bazie narracji moich rozmówców chciałabym przedstawić najbardziej charakterystyczne dla danej roli sposoby funkcjonowania. Pragnę przy tym podkreślić, że **czasami trudno było wskazać jednoznacznie, cechy której roli u danej jednostki były dominujące, bowiem w przypadku wszystkich osób badanych dało się zauważyć domieszkę różnych ról rodzinnych**. Niektóre narracje rozmówców wskazują, że badany przejawiał na przykład zarówno cechy Kozła ofiarnego, jak i Maskotki itp. Potwierdza to tezę, przedstawioną przez badaczy w literaturze przedmiotu, o znacznej heterogeniczności charakterologicznej osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych. Dlatego dokonując kategoryzacji, zarówno przy opisie okresu dzieciństwa i adolescencji, jak również w późniejszym rozdziale- dorosłości, **kierowałam się przewagą cech charakterystycznych dla danej roli w funkcjonowaniu jednostki**.

BOHATEROWIE RODZINNI

Krzysztof, Gosia, Klaudia, Ula, Grażyna, Krystyna

Charakteryzowany przez moich rozmówców sposób funkcjonowania w dzieciństwie pozwala z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że **niektórzy z nich odgrywali rolę Bohatera rodzinnego**. Do głównych cech Bohatera rodzinnego można zaliczyć:

- **odnoszenie sukcesów w różnych płaszczyznach funkcjonowania i dążenie do perfekcjonizmu (mimo to Bohater rodzinny często ma niskie poczucie własnej wartości); dzięki temu członkowie rodziny mogą skupić swoją uwagę na nim, a nie na problemie, jaki występuje w systemie, podtrzymywać homeostazę rodzinną, utrudnia to jednak identyfikację przez osoby z zewnątrz trudności, z którymi Bohater rodzinny może się borykać;**
- **nadodpowiedzialność i podejmowanie się realizacji obowiązków często nieadekwatnych do wieku rozwojowego (np. dziecko opiekujące się całymi dniami swoim młodszym rodzeństwem);**
- **umiejętność odnajdywania się w relacjach z innymi ludźmi mimo częstego poczucia samotności** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 105-108; B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 55-58).

Powyższe cechy są jednymi z wielu, które można wyodrębnić, charakteryzując funkcjonowanie Bohatera rodzinnego, ale za to najbardziej dla niego charakterystycznymi.

Odwołując się do nich oraz do narracji moich rozmówców, należy podkreślić, że przede wszystkim „Bohater pomaga rodzinie, działając zarówno w jej kręgu, jak i na zewnątrz, gdzie odnosi sukcesy. Dzięki niemu inni przeżywają chwile nadziei i dumy z jego dokonań" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 101). Zachowanie **Bohatera rodzinnego często jest bardzo aprobowane społecznie. Funkcjonuje on bowiem satysfakcjonująco, czasami osiągając ponadprzeciętne wyniki w określonych obszarach (np. sportowym czy edukacyjnym). Sposób jego obycia w świecie rzadko budzi niepokój. Bohaterowie bowiem „sprawiają wrażenie dzieci odpornych, nie potrzebujących pomocy**" (M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 108).

[Grażyna] *Nawet, jak było źle, to tak robiła, że wszyscy mi wierzyli na słowo. Bo przecież: >>Grażyna nie kłamie<<.*

[Krystyna] *Zawsze byłam za wzór stawiana, że Krysia się uczy, że Krysia jest dobrą uczennicą-wzorową. Bierzcie przykład z Krysi.*

[Ula] *Więc albo byłam po prostu w tłumie, ale nie tak, że jesteś najgorsza, dwójkowa i tak dalej, albo byłam traktowana, jako ta zdolna, ta grzeczna (...). Ja myślę, że to nie było widać po mnie, póki było*

dobrze. Dopóki stopnie były dobre i zachowania, byłam dobra, miałam koleżanki, które ze mną codziennie rozmawiały, to tego raczej nie było, pamiętam. Więc myślę, że nie sprawiałam takiego wrażenia ogólnie. Nawet moja siostra, kiedy zaczęłyśmy rozmawiać o sobie, to moja własna siostra stwierdziła, że według niej, to ja sobie nie robiłam nic z tego, co się dzieje w domu, że to mnie nie ruszało. Bo tak to wyglądało dla niej.

[Klaudia] *Od dziecka, gdzieś moja mama mówi, że ja bardzo szybko sobie zjednywałam inne dzieci, dorosłych, że byłam mega otwarta, że naprawdę nie miałam problemu. Ze wszystkimi się bawiłam.*

Tylko u jednego z Bohaterów rodzinnych zauważono w okresie dzieciństwa **problemy w funkcjonowaniu w płaszczyźnie relacji społecznych i udzielano specjalistycznej pomocy**. Spowodowane to było zauważalną trudnością Gosi w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji rówieśniczych. Taki stan był pochodną wcześniej doświadczonej sytuacji traumatycznej z udziałem jej ojca oraz osób postronnych, co zaowocowało wystąpieniem u niej zaburzeń lękowych.

[Gosia] *Sytuacja w domu, ale fakt, że miałam problemy w szkole, jakby z rówieśnikami nie potrafiłam się integrować. Wydaje mi się, że to także ruszyło na pewno. Jednak była* (mama) *na różnych rozmowach w szkole i na pewno myślę, że moja wychowawczyni po prostu jej mówiła, że coś się jej nie podoba.*

Odnoszenie sukcesów i bycie dumą rodziny sprawia, że członkowie systemu rodzinnego mogą przeżyć chwile nadziei, a „**postać Bohatera bywa źródłem poczucia wartości, tym ważniejszym, że inne zanikają**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 101).

Szczególnie podkreślały to w swojej narracji Ula oraz Krystyna.

[Ula] *A jak sięgam pamięcią, zerówka i później szkoła, no to byłam kujonem, byłam zawsze najlepszą uczennicą, raczej kujonem, tak mnie nazywali. W domu chwalona.*

[Krystyna] *A ja świetnie czytałam. Jak przyszłam do pierwszej klasy, to świetnie już czytałam i zawsze też mnie stawiała na wzór, że ja dobrze czytam, a ta reszta, to po prostu tak dukała. Więc mama to mnie zawsze tak chwaliła mocno.*

„Perfekcyjne" dziecko - „perfekcyjny" Bohater rodzinny

Osoba przyjmująca omawianą rolę, szybko uczy się, że jej osiągnięcia przynoszą rodzicom radość, rozładowują napięcie, poprawiają atmosferę. Wzmacnia to jej **perfekcjonizm i dążenie do bycia najlepszym we wszystkich obszarach funkcjonowania** (A. Margasiński 2011, s. 88-89). W przypadku Bohatera rodzinnego objawia się to albo w płaszczyźnie **osiągnięć sportowych, albo umysłowych**. Widoczna jest przy tym często dychotomia dokonań w kontekście „coś kosztem czegoś". Tak więc „dziecko utalentowane w innych dziedzinach, na przykład intelektualnie, zaniedbuje aktywność fizyczną, tak potrzebną młodemu organizmowi, ponieważ uznaje, że zabiera mu zbyt dużo tak potrzebnego czasu" (S.

Wegscheider - Cruse 2000, s. 105). Bezpiecznym miejscem, w którym Bohater rodzinny może zabłysnąć, najczęściej jest **szkoła**.

[Gosia] *Dobre miałam oceny, nie miałam problemów. Lubili mnie* (nauczyciele)*, bo gdzieś tam w podstawówce miałam czerwone paski.*

[Krystyna] *Byłam dobrą uczennicą, pilną, grzeczną. Tak, zawsze wszyscy mówili mi, że jestem grzeczna (…). Byłam pilna, dobrze zorganizowana i jestem nadal. Dużo lubiłam czytać, uwielbiałam czytać pod kołdrą, czy tam do północy, lampkę sobie ściągałam, tak pod kołdrę i czytałam. Ja byłam towarzyska, lubiłam towarzystwo, lubiłam... Może za bardzo sportu nie…*

[Ula] *Z nauczycielami, to były najczęściej relacje… >>ta dobrze się ucząca Ula<<. Zwłaszcza z wychowawcami tak miałam. Bo tak, jak mówię, ja… mi nie zależało, żeby być najlepszą, mi po prostu zależało, żebym JA była najlepsza… w sensie… mam być przygotowana, ale nie w porównaniu z innymi. To nie było dla mnie ważne, to znaczy JA mam być przygotowana. Sama dla siebie.*

[Klaudia] *Natomiast teraz mam takie wrażenie, że ja byłam, że właśnie już w tym okresie szkolnym, gdzieś tam byłam taka trochę przemądrzała. Oczywiście, nie miałam żadnego problemu z nauką i byłam najlepsza w klasie, przez cały okres podstawówki, ale to nie było dla mnie żadnym wysiłkiem, żadnym- ja się kompletnie nie uczyłam.*

Jeden z moich rozmówców, Krzysztof, otrzymywał zadowalające oceny z przedmiotów szkolnych, jednak **szczególnie intensywnie realizował się w sporcie i tam osiągał sukcesy**. Jak sam wzmiankuje, treningi pozwalały mu uciec od myślenia o codziennych trudnościach.

[Krzysztof] *A tak to generalnie, tak raczej, to sukcesy były. Uczyłem się dobrze, nie wybitnie, nie było problemu nigdy z nauką, dobry byłem. (…) Kończyłem szkołę, zrobiłem swoje, szybko na trening i przychodziłem naprawdę zmęczony, nawet kolacja podstawiona i jakoś ucieczka w ten sport… To naprawdę była taka ucieczka od spraw rodzinnych. Bardziej no… uciekałem od TYCH tematów.*

Z kolei „bohaterstwo" Grażyny nie przejawiało się w formie osiągnięć szkolnych, czy sportowych, ale w **wyręczaniu osób dorosłych w codziennych obowiązkach i w opiece nad młodszym rodzeństwem**.

[Grażyna] *Byłam córusią tatusia, do tego czasu, później już byłam… nie wiem- bohater kurde, wszystko w domu robi, inne rodzeństwo nie pomoże, bo: >>Grażyna zrobi, to po co ja mam w ogóle robić?<<. Pomóc mamie, czy tacie, bo mieliśmy gospodarstwo, oni mają dalej. >>Grażyna pójdzie i zrobi za wszystkich, później ponarzeka, ponarzeka, ale i tak zrobi<< (…) Bo ja kurde zawsze rodzinę uratuję, pomogę wszystkim i mamie i tacie zwłaszcza, no, to oni wszystko na mnie zrzucili.*

Zachowanie Bohatera rodzinnego, chociaż na krótkie chwile, przysparza rodzinie wytchnienia, radości, staje się ucieczką od problemów dnia codziennego. **Nigdy nie stara się przy tym zaspokajać własnych potrzeb, bowiem nieustannie próbuje wyrównać deficyt w poczuciu własnej wartości**. Wspomniany deficyt jest jednak zbyt duży, dlatego niezależnie od

tego, jakie sukcesy będzie osiągał, nie zdoła go w ten sposób zaspokoić (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 104).

Wyraźnie akcentują to w swoich narracjach moje rozmówczynie: Ula oraz Krystyna.

[Ula] *Jakby nie emocjonowałam się tym, załóżmy, że nie wiem… że świadectwo, czy coś mi dobrze poszło. Nigdy nie byłam na tyle zadowolona z siebie, żeby sobie dać luz, powiedzieć sobie: >>jestem z siebie zadowolona<<. Nigdy nie doszłam do tego momentu, żeby powiedzieć sobie, że już jest dobrze. Więc jakieś poczucie satysfakcji, nie, nie jest to emocją, ale chciałam być zawsze taką, którą można pochwalić. W sensie, wszystko zrobione dobrze. Taką, którą inni lubią. Nikogo nie zawieść, dopilnować wszystkiego, bardzo odpowiedzialna się czułam za wszystko.*

[Krystyna] *Czułam, że muszę pomagać w domu (…). Mama tam, jak umyłam te okna: >>O fajnie córeczko, umyłaś okna. Dziękuję Ci<<. Wiesz, nie było tego efektu, co chciałam.*

Bohater rodzinny często jest podziwiany również przez osoby z zewnątrz, co wzmacnia w nim poczucie **perfekcjonizmu** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 104).

[Gosia] *Przeżywałam je* (porażki edukacyjne). *Jestem straszną perfekcjonistką. Straszną. Pamiętam taką dumę nauczycielki, jak udało mi się wygrać konkurs.*

[Grażyna] *Każdej pracy, której bym się nie wzięła za nią, to i tak zawsze robiłam najlepiej, jak najlepiej potrafię, bo ma być idealnie. Nie ma innej opcji. W domu tak samo. Więc mi gdzieś tam mówiły np. sąsiadki, że ja taka ambitna jestem.*

Niemniej jednak Bohater rodzinny „**płaci wysoką cenę za odgrywanie swojej roli**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 104).

(Nad)odpowiedzialność Bohatera rodzinnego

Oprócz wielu obciążeń wynikających z roli Bohatera rodzinnego, często są oni obarczani przez rodziców olbrzymią odpowiedzialnością, która przerasta ich możliwości zaradcze. W konsekwencji mają oni „**nadmiernie rozwinięte poczucie odpowiedzialności**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 56) także (albo przede wszystkim) w kontekście tych zdarzeń, na które nie mają żadnego wpływu.

Zaakcentowały to w swoich narracjach przede wszystkim Grażyna oraz Krystyna.

[Grażyna] *Zresztą, nawet usłyszałam, że gdybym ja się nie urodziła, to mama nie miałaby piekła z babką, ze swoją teściową, nie miałaby takiego męża w domu, miałaby innego. Więc jest jeszcze dużo rzeczy, z którymi, pewnie będę płakać przez nie.*

[Krystyna] *Ale mama myślę, że oczekiwała od nas tego, że my na tacie wymożemy, że przestanie pić. I, że staniemy po jej stronie w pełni i powiemy mu, że ma spadać na drzewo, jak nie przestanie pić, to my się w ogóle nie będziemy do niego odzywać. Ja myślę, że to było mojej mamy oczekiwanie od nas.*

Moi rozmówcy przyjmujący rolę Bohatera rodzinnego często przytaczali przykłady **realizacji wielu obowiązków, które przekraczały ich możliwości zaradcze, między innymi**

ze względu na wiek, ale które musieli wykonywać za uzależnionego rodzica[144]**. Podejmowaniu wspomnianych obowiązków towarzyszył strach oraz nieustanne napięcie emocjonalne**.

[Ula] *Ja znam swoje miejsce w szeregu i jestem starszą siostrą, musiało być posprzątane, w piątek musiała być kupiona gazeta z programem i ja pamiętam, jak do dziś, jak biegałam po całym osiedlu, nie płakałam raczej, bo byłam tak zestrachana, bo biegałam od kiosku do kiosku i nigdzie nie było gazety z programem, więc mówię >>niemożliwe, czy już wykupili?<<. Po czym okazało się, że to jest czwartek i ja, jak dotarło do mnie, że to nie piątek, tylko czwartek, to poczułam dużą ulgę. To właśnie były takie, on się nawet nie musiał czepiać, on po prostu… on, jak się czepnął raz… Był taki moment, że wracałyśmy z mamą i siostrą, tata był w domu i odkurzał i powiedział tylko, że następnym razem, jak wróci i nie będzie posprzątane, jak dzisiaj… nie pamiętam, jak dokończył, po prostu ma być posprzątane, o! Więc to wystarczyło, żebym ja na drugi dzień dwa razy sprzątała cały dom mając pewność, że nie znajdzie żadnego kurzu. On potrafił… Pamiętam taka listwa odpadała z szafki, to potrafił ułożyć jakoś krzywo, żeby sprawdzić, czy została przez nas poprawiona. Takie zasadzki.*

[Grażyna] *Od tamtej pory gotowałam, słuchałam, że ja lepiej gotuje od mamy, że ona nie umie, że to ja powinnam gotować i potem wszyscy >>O! To ty powinnaś być kucharką<<, a ja mówię: >>bo co, bo mama kazała mi gotować i nie miałam wyjścia?<<* (pytanie retoryczne)*. Bo tata mi kazał kurę zabić, bo powiedział inaczej... On musi mieć mięso (...). Wszystko zeszło na mnie. Wszystko po mamie robiłam, pomijając to, że do szkoły chodziłam, pomijając to, że Gabrysia* (siostra) *ma się uczyć, a ja mam robić w domu wszystko za mamę, za siebie i jeszcze chodzić do szkoły.*

Omawiana (nad)odpowiedzialność moich rozmówców była wzmacniana przez osobę współuzależnioną, której w pewnym stopniu zastępowali oni nieobecnego emocjonalnie, i/lub fizycznie, uzależnionego partnera. W literaturze przedmiotu odnoszącej się do funkcjonowania Bohaterów rodzinnych i ról w rodzinie alkoholowej spotyka się wzmianki nawiązujące do szczególnie zażyłych relacji tego dziecka z niepijącym rodzicem. Jak podkreśla Sharon Wegscheider - Cruse, „nieco później ujrzymy rodzinną trójkę jako trójkąt równoramienny, przy czym Uzależniony będzie zwykle bardziej oddalony od Bohatera i Wspólnika niż oni od siebie nawzajem. **Bohatera i Wspólnika wiążą wspólne problemy i jeśli rozwój Bohatera przebiega normalnie, wiele uczy się od Wspólnika**: zawiązywać buty, dzielić się zabawkami - i współdziałać. Możemy nazwać go teraz **Małym Wspólnikiem**”[145] (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 102).

[144] W literaturze przedmiotu takie zjawisko często określane jest mianem **parentyfikacji**, które zostało opisane w części teoretycznej pracy i zostanie poruszone w kolejnej części opracowywania wyników badań.

[145] W literaturze przedmiotu Mały Wspólnik bywa wyodrębniany jako osobna rola rodzinna. Wanda Sztander określiła ją mianem „wspólnika”, umieszczając jego opis po charakterystyce Wyrzutka, w mojej pracy określanego mianem Kozła Ofiarnego. Wspomniana autorka akcentuje, że „Wspólnik to dziecko najbliższe wzoru

[Grażyna] *Ja się cieszyłam, bo jak mama mnie zaczęła uczyć gotować, to cieszyłam się, bo tata zawsze potrafił powiedzieć, że moje jest lepsze niż mamy. To nie było budowanie samooceny u dziecka, tylko pokazywanie, jak się poniża drugą osobę, przynajmniej moim zdaniem. Dlatego, że on powiedział, że mama nie umie gotować, to jedno i to później mówił jej non - stop, że ona nie potrafi gotować, ja potrafię gotować, że nie potrafi nic zrobić, jak zrobi, to jest niedobre. Jak zrobi, to jest do dupy, że powinna się ode mnie uczyć, jak się gotuje, bo ona nie potrafi.*

[Ula] *No, do pewnego momentu, kiedy było to możliwe, tylko dlatego, że mama jest moją mamą, to była dla mnie dużym autorytetem.*

Tak bliska relacja Bohatera rodzinnego ze współuzależnionym rodzicem może doprowadzić do jego wikłania w **relację symbiotyczną** z nieuzależnionym rodzicem i **utrudniać w przyszłości proces separacji - indywiduacji**.

[Gosia] *Ja miałam takie dołki, jak czasami gdzieś mamy dłużej nie widziałam. Jakoś nie umiałam za bardzo funkcjonować. Wiesz, jak wyjeżdżałam na wycieczki szkolne, to strasznie tęskniłam i nawet w liceum nie umiałam się z nich cieszyć i tęskniłam za mamą. Tak dziwnie.*

[Grażyna] *Ja to kurna, miałam najbardziej taki moment, jak opuszczałam dom i wyjeżdżałam gdzieś do rodziny dalszej sama. Pamiętam, jak kiedyś w podstawówce tak było, to strasznie przeżywałam, że mamy nie było. Nie cieszyły mnie przez to wyjazdy.*

Jedna z rozmówczyń, Krystyna, mówiła o **bliższej relacji z uzależnionym od alkoholu ojcem aniżeli z niepijącą matką**. Wskazywała, że wiązało się to przede wszystkim z jego sposobem bycia, cechami osobowości.

[Krystyna] *Ja kochałam ojca, ojca bardzo kochałam i bardzo go uwielbiałam, no, bo on był taka dusza towarzystwa i był dobry dla nas i nas zabierał w różne miejsca i taki był, no bardziej nas rozpieszczał, mnie i siostrę. A mama raczej była taka ostra i wymagała.*

Krystyna szczególnie akcentowała częste odczuwanie **konfliktu lojalności** w relacji z obojgiem rodziców.

[Krystyna] *Bliżej było mi do taty, ale byłam w rozkroku no, bo tata pił i wiesz i matka ryczała przez niego. No, to głupio było, nie? Z jednej strony tatę kochałam i było mi go żal, że wiesz… Ale z drugiej matka też ryczy i kurde, co tu zrobić? Masakra była.*

Bardzo bliskie relacje ze współuzależnionym rodzicem, którego uwaga często ukierunkowana jest przede wszystkim na uzależnionego partnera, sprzyjają **tworzeniu triad w systemie rodzinnym**. Z relacji osób prezentujących rolę Bohatera rodzinnego wynika, że często bywali w nie wikłani. Funkcją triad jest najczęściej „zmniejszenie napięcia, jakie pojawia się między dwiema osobami" (B. Józefik 1999, s. 72). Sztampowa triada składa się z

współuzależnienia. Często >>dziecko rodzic<<, zwane tak ze względu na fakt, iż przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Jego głównym zadaniem jest chronienie alkoholika" (W. Sztander 2006, s. 14).

nadmiernie uwikłanej w sprawy dziecka matki, dziecka oraz niedostępnego, czy też nieobecnego (fizycznie i/lub emocjonalnie) ojca (B. Józefik 1999, s. 72).

Specyfikę funkcjonowania trójkąta rodzinnego w swej narracji przedstawiły Krystyna oraz Grażyna:

[Krystyna] *Nie próbowałam godzić rodziców, ale jakoś lawirować między jednym a drugim (…). No, jak tam mama nie patrzyła, to z tatą rozmawiałam i wiesz tam... Starałam się go pocieszyć, czy coś. A jak mama patrzyła, to raczej starałam się gdzieś uciekać, nie było mnie. Raczej, z mamą raczej to… Że matka właśnie tak reagowała a nie inaczej na niego, myślę, że to mnie też oddaliło od niej, że go tam biła, że krzyczała, to myślę, że nie uważałam tego za dobre i to mi się nie podobało i to mnie też trochę oddaliło od mamy.*

W przypadku Grażyny niepijący rodzic - matka - intensywnie wikłała ją w intymne i osobiste kwestie dotyczące funkcjonowania z mężem. Takie zachowanie bywa charakterystyczne dla niepijącego rodzica, dla którego „**dziecko staje się namiastką partnera życiowego, którego zasypuje się szczegółami z nieudanego życia, nie wykluczając nawet tych najbardziej osobistych i intymnych**" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kaducáková 2012, s. 57).

[Grażyna] *Do małego dziecka w podstawówce, nie wiem, czy wtedy chodziłam nawet do podstawówki… jak to mi na ramieniu, mamusia płakała, bo tatuś ją zdradza, bo ona nie chciała mieć z nim nic wspólnego.*

* * *

Jak wynika z narracji moich rozmówców, doświadczenia związane z wychowywaniem w rodzinie alkoholowej, a zwłaszcza relacje z rodzicami, znacząco wpłynęły na ich **poczucie własnej wartości**. Przeważające negatywne komunikaty zwrotne skierowywane w ich stronę, niedostępność emocjonalna jednego z opiekunów zaowocowały **wytworzeniem zniekształconej i negatywnej samooceny**. W konsekwencji łatwiej im mówić o sobie, uwzględniając swoje słabsze strony, trudności, z którymi się borykali, aniżeli zasoby. Mówiąc o zaletach, **częściej upatrują je w płaszczyźnie swoich osiągnięć i umiejętności szkolnych aniżeli cech osobowościowych**. Tak było także w przypadku Bohaterów rodzinnych, którzy, mimo wielu osiągnięć edukacyjnych czy sportowych, prezentowali zaniżoną samoocenę.

W narracjach rozmówców, u których dominowały cechy Bohatera rodzinnego, szczególną uwagę zwracają ich sukcesy bądź realizacja czynności, które były niewspółmierne do ich możliwości lub okresu rozwojowego. Akcentowali przy tym „świadectwa z czerwonym paskiem", „bycie najlepszym/najlepszą", „bycie grzeczną", „podejmowaniem obowiązków za

rodzica”. Realizacji tych osiągnięć często towarzyszył **perfekcjonizm**, który bywał wzmacniany przez rodziców.

Badani wskazywali, że najczęściej **bliższe relacje nawiązywali z niepijącym rodzicem**, które, w przypadku niektórych moich rozmówców, przyjęły dla nich formę symbiozy destrukcyjnej, co wpłynęło na ich późniejsze funkcjonowanie, a konkretniej na **trudności separacyjne i wewnętrzny przymus bycia blisko i bycia odpowiedzialnym za trzeźwego rodzica**. Równocześnie, rodzice Bohaterów rodzinnych, zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych, wikłali ich w **triadę rodzinną**, w której moi rozmówcy często mieli opowiedzieć się po którejś ze stron bądź stać się odpowiedzialnymi za zaprzestanie intoksykacji chemicznej uzależnionego rodzica. **Wymagania im stawiane znacznie przekraczały ich możliwości i powodowały, że wykształcały w nich nadmierne poczucie winy oraz odpowiedzialności za coś, na co nie mieli żadnego wpływu**.

KOZŁY OFIARNE

Katarzyna, Sławek

Miejsce Bohatera rodzinnego jest stabilne i dokładnie określone. Znajduje się on w trójkącie rodzinnym wraz z uzależnionym i współuzależnioną. Nauczył się zadowalająco odgrywać swoją rolę, akcentując równocześnie zasadność zajętego miejsca. W konsekwencji, gdy w rodzinie alkoholowej pojawia się drugie dziecko, określane w literaturze przedmiotu mianem Kozła ofiarnego, początkowo czuje się ono zagubione, nie wiedząc, w jaki sposób funkcjonować w systemie rodzinnym. Chcąc być zauważanym, naśladuje Bohatera rodzinnego i stara się funkcjonować w sposób aprobowany społecznie - odnosić sukcesy w różnych płaszczyznach życia. Niemniej jednak szybko zdaje sobie sprawę, że „ani to, że jest grzeczne, ani to, że jest utalentowane, nie ma znaczenia; rywalizacja nie ma sensu" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 113). Chcąc zaistnieć na „scenie alkoholowej", zachowuje się w sposób nieaprobowany społecznie, bo tylko wówczas jest widoczny dla pozostałych jej „aktorów".

Najbardziej charakterystycznymi cechami Kozła ofiarnego są:

- **niskie poczucie własnej wartości (podobnie jak w przypadku Bohatera rodzinnego);**
- **sposób jego funkcjonowania, który nie spotyka się z aprobatą społeczną;**
- **częste kontakty z rówieśnikami (najczęściej tymi, którzy sami sprawiają kłopoty);**
- **zażywanie substancji psychoaktywnych**[146]**;**
- **w przypadku kobiet odgrywających tę rolę - wczesna inicjacja seksualna;**
- **silne skrywanie złości oraz poczucia winy** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 114-120; B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 58-59).

To „niedobre dziecko" - Kozioł ofiarny

Osoby ogrywające rolę Kozła ofiarnego początkowo próbują **wzorować się na starszym rodzeństwie**, chcąc w ten sposób zyskać uwagę osób najbliższych (K. Gąsior 2012, s. 76-77). Z biegiem czasu zauważają jednak, że ich starania nie są doceniane, a jedynie Bohater rodzinny wciąż otrzymuje uznanie ze strony najbliższych. Potęguje to **zazdrość i złość** u Kozłów ofiarnych (S. Wegcheider-Cruse 2000, s. 112).

[146] Problematyka związana z zażywaniem środków psychoaktywnych zostanie poruszona w wynikach badań, w rozdziale zatytułowanym: „*Trudności charakterystyczne dla okresu adolescencji*", stąd przy opisie funkcjonowania Kozła ofiarnego zostanie ona pominięta.

W swojej wypowiedzi Katarzyna zwróciła uwagę na trudną relację ze starszym bratem w okresie dzieciństwa i adolescencji. Jak sama wskazała, była zazdrosna o to, że poświęcano mu więcej uwagi.

[Katarzyna] *Miałam trudne relacje z bratem, myślę. Byłam bardzo zazdrosna o mojego brata wtedy. Jak mi zarzucano tą zazdrość, to oczywiście broniłam się, że wcale nie jestem zazdrosna, że mi chodzi o sprawiedliwość. Natomiast dzisiaj, z perspektywy czasu, w tym wieku, to wiem na pewno, że byłam o niego zazdrosna. Wychodzę z założenia, że moja mama bardziej kochała Kacpra, po prostu… Może był bardziej podobny do niej, na pewno, bardziej jakby z rodziny mamy, ja jestem bardziej tata. Ale moja mama mnie też kochała, na swój sposób. Ale jego bardziej. Ja byłam o niego bardzo zazdrosna. Mój tata jeszcze po śmierci* (matki rozmówczyni) *długo sprzeciwiał się temu, aż kiedyś siostra mojego ojca powiedziała mu: >>Władziu, Elżbieta wolała Kacpra<<.*

Z narracji Sławka wynika, że początkowo utrzymywał dobre relacje ze starszym bratem, lecz w **okresie dojrzewania kontakt się znacznie pogorszył i taki stan utrzymuje się także aktualnie**.

[Sławek] *I bliższe relacje miałem z tym starszym bratem, z Błażejem miałem… przez długi okres mieliśmy fajny, ale potem, może kwestia tego wieku, dorastania i ten Błażej gdzieś tam odskoczył, bo gdzieś my kupę rzeczy robiliśmy razem, chodziliśmy, graliśmy. Chociaż, czy my? No w piłę też graliśmy. Później, to już mnie gdzieś tam odpychał, na zasadzie >>nie, bo jesteś młodszy<<. No nie wiem… Także z Błażejem jakoś tak na początku było dobrze, ale później, no, to kwestia jakiegoś tam dorastania, dojrzewania. To on poszedł gdzieś tam w swoje towarzystwo i później to już nie było nigdy dobrze. Do tej pory tak jest z Błażejem, niestety. Niby, jak się spotkamy, to o takich pierdach typu samochód* (wulgaryzm)*, żeby coś takiego normalnego, fajnego poruszyć, no to już nie*.

Bywa tak, że Kozioł ofiarny w ogóle **nie słyszy pochwał ze strony rodziców** odnoszących się do jego zachowania, bowiem te przeznaczone są dla Bohatera rodzinnego, co jeszcze intensywniej wzbudza złość w młodszym dziecku (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 114).

[Sławek] *Ja nie byłem nigdy chwalony, cokolwiek bym nie zrobił, to rodzice nie powiedzieli mi, że >>fajnie, że to robisz<< albo >>wiesz co, może byś tego nie robił, bo co z tego będziesz miał?<<, jakiejś takiej rozmowy nie było. Tylko braci chwalono.*

Również nauczyciele postrzegający Kozła ofiarnego jedynie w płaszczyźnie jego nieaprobowanego zachowania, często **nie motywują go do pracy nad sobą, do starania się, by osiągał jakieś sukcesy**.

[Sławek] *Ludzie mówią, że każdy ma* (chęć rywalizacji)*, ale mi to nie robi. Także, nie byłem chwalony, nie byłem pchany, nie byłem zachęcany też przez nikogo. Nauczyciele gdzieś nie mówili, nie zachęcali do tego, do tamtego, żeby robić to, tamto, ale ja nie pamiętam. Może dlatego też, że w domu nie byłem do tego zachęcany, pchany, na zasadzie >>Sławek idź, zrób, bo fajne, bo ci się to przyda<<.*

W wyniku poczucia odrzucenia przez najbliższe osoby, braku wiary w jego możliwości, czuje się on nieważny, mało wartościowy, co znajduje swoje odzwierciedlenie w jego **niskiej samoocenie**.

[Katarzyna] *W jakiś sposób, ja się czułam gorsza* (od brata)*, tym brzydszym dzieckiem. To Kacper był ten ładny, przystojny, taki śniady, a ja byłam ta, z wielkim brzuchem.*

Kozioł ofiarny w relacjach rówieśniczych

Chcąc skompensować sobie bycie niedostrzeganym przez osoby dla niego ważne, zaczyna szukać **dowartościowania w grupach rówieśniczych, w których może rozładować narastającą frustrację** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 114).

[Sławek] *Ja cały czas* (wulgaryzm będący synonimem słowa „bieganie”)*, latałem, raz po raz miałem jakieś niedocukrzenie… biegałem, ja cały czas byłem w ruchu, oczywiście z paczką cukierków i tak dalej. Natomiast zawsze byłem w ruchu i zawsze to były albo rowery, albo gdzieś tam jakieś krzaki. Mieliśmy gdzieś taką swoją ulubioną gruszę, staw, gdzie po prostu większość czasu spędzaliśmy tam i to, co mi się skojarzyło, to właśnie przede wszystkim to, że gdzieś tam się ruszaliśmy, zawsze coś się działo. Nie było czegoś takiego, że nie wiem, że się spotykaliśmy, no nie wiem, gdziekolwiek z dupą siedzieliśmy i nic nie robiliśmy. Chociaż, chyba dzieciaki tak nie mają, może teraz, bo inne czasy, ale my wtedy cały czas po prostu byliśmy w ruchu. Z czego ja jestem, może nie dumny, ale się cieszę, że się ruszałem wtedy.*

[Katarzyna] *Co chwila w tym domu coś się działo. Ja chciałam, żeby ktoś* (rówieśnicy) *w tym domu był.*

Zachowanie Kozła ofiarnego zazwyczaj bywa obszarem **krytyki ze strony autorytetów**, w tym także „idealnego” Bohatera rodzinnego oraz nauczycieli. Dlatego często **relacje braterskie/ siostrzane Kozła ofiarnego z Bohaterem rodzinnym nie są satysfakcjonujące, a on sam jest pamiętany, także przez nauczycieli, nie w płaszczyźnie jego zasobów, ale „z powodu wyrządzonego przez nich zła**” (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 58).

[Katarzyna] *Mojego brata drażniło to, że u mnie jest pełno ludzi. On chciał mieć święty spokój, a ten dom się nie zamykał.*

[Sławek] *Nie pamiętam tego następnego nauczyciela albo było tak fatalnie, albo go nie lubiłem. A może to była ta pani, której nie lubiłem? Bo później była taka pani, z którą żeśmy darli psy prawie do końca szkoły podstawowej. Nie wiem, czy był dobry, nie byłem jakoś inaczej traktowany, nie pamiętam. Ale tak, tak chyba tyle. Pupilem na pewno jakimś nie byłem.*

Identyfikacja z uzależnionym rodzicem

„Gdy los Bohatera określony jest jego pozycją w pierwotnym trójkącie rodzinnym, los Kozła ofiarnego determinuje pozycja poza tym trójkątem” (S. Wegscheider - Cruse 2000, s.

113). Niemniej jednak „**dziecko przyjmujące tę rolę często, mimo braku dobrego kontaktu z pijącym rodzicem, silnie się z nim identyfikuje**" (M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 108).

Katarzyna w swojej wypowiedzi podkreśliła, że jej podobieństwo do uzależnionej od alkoholu matki było mocno zauważane przez osoby postronne. Jak wynika z jej poprzednich wypowiedzi, omawiane podobieństwo wynikało nie tylko z cech fizycznych, ale również ze sposobu funkcjonowania rozmówczyni.

[Katarzyna] *Basia sobie tak spojrzała na mnie, ja zaryczana stoję, a ona mówi: >>ty jesteś córką Elżbiety<<; >>tak, ale ja nie wiem, kim pani jest?<<. Wszystko ze mnie schodziło. Ja byłam tak zmordowana tym wszystkim i ja: >>ale ja nie wiem, kim pani jest<<. I zabij, zastrzel, już nie powtórzę, ona mówi: >>Boże, jaka ty jesteś podobna do mamy. Tak nawet w obyciu swoim, jakbym widziała Elkę<<.*

Charakterystyczna dla systemu alkoholowego jest przemoc, przy czym „krzywdzenie dzieci może przybierać formę **przemocy fizycznej, psychicznej, wykorzystywania seksualnego i zaniedbywania**" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kaducáková 2012, s. 57). W przypadku wszystkich moich rozmówców, nie tylko w przypadku Kozłów ofiarnych, istniał co najmniej jeden z wymienionych wyżej rodzajów przemocy w rodzinie. Naturalną reakcją na doświadczaną przemoc od drugiej osoby jest złość na nią. Z drugiej strony oprawca może być mocno **idealizowany przez ofiarę**. Idealizacja stanowi objaw stresu pourazowego występujący w sferze zmian postrzegania prześladowcy. Tak zachodzi „**obsesyjna koncentracja na związku z prześladowcą, nierealistyczne przypisywanie prześladowcy władzy absolutnej, idealizacja albo paradoksalna wdzięczność, poczucie, że związek z prześladowcą jest wyjątkowy, akceptacja systemu przekonań lub racjonalizacji prześladowcy**" (A. M. Basak 2013, s. 84).

Katarzyna podkreśliła, opisując swoją relację z uzależnioną od alkoholu matką, występowanie przemocy fizycznej, jak i psychicznej, oraz jej (matki) idealizację.

[Katarzyna] *A po alkoholu miała mnóstwo siły i energii, nie mogliśmy jej utrzymać. I poszłam, tylko szybkie życzenie, jeden buziak w policzek i po prostu wracałam. Jak dostałam w pysk, to tylko się odwinęłam. (...) Ja sobie nie dam powiedzieć. Ona była bardzo inteligentna, była samodzielną księgową, była samowystarczalna i bardzo zaradna (...). Ale moja mama była wspaniałym człowiekiem i ja ją kocham i bardzo za nią tęsknię.*

* * *

Kozioł ofiarny pojawia się w rodzinie najczęściej wówczas, gdy pozostali jej członkowie funkcjonują według określonych reguł i mają wypracowany schemat postępowania. Początkowo stara się osiągać sukcesy, by w sposób aprobowany i pożądany

społecznie zwrócić na siebie uwagę w rodzinie, niemniej jednak rola „dobrego dziecka" została już przypisana Bohaterowi rodzinnemu, więc trudno będzie mu w ten sposób zaistnieć w systemie. W konsekwencji, chcąc doświadczyć jakiejkolwiek uwagi ze strony rodziców, funkcjonuje w sposób nieaprobowany społecznie, bowiem „**nawet dezaprobata jest lepsza niż kompletny brak odzewu**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 114).

U moich rozmówców, którzy przyjęli rolę Kozła ofiarnego, zauważyć można (jak w przypadku pozostałych osób z rodziny alkoholowej) **niskie poczucie własnej wartości**. Jednak w ich przypadku spowodowane było ono przede wszystkim **brakiem zainteresowania ze strony autorytetów: rodziców oraz nauczycieli**.

Mimo powierzchownej krytyki swojego uzależnionego rodzica, Kozioł ofiarny często znajduje z nim wiele cech wspólnych, a jak wynika ze słów mojej rozmówczyni, **mimo doświadczanej przemocy psychicznej oraz fizycznej, idealizuje go**. Wspomniana idealizacja może znacznie utrudniać **doświadczenie oraz przeżycie przez Kozła ofiarnego złości wobec rodzica/ rodziców, która niemal nieustannie mu towarzyszy** i stanowi istotny aspekt utrudniający satysfakcjonujące życie.

ZAGUBIONE DZIECI

Konrad, Alicja, Piotr, Damian

Zagubionym dzieckiem, według literatury przedmiotu, jest najczęściej trzecie dziecko z rodziny alkoholowej. Pojawia się na świecie w momencie, gdy wszyscy znają swoje role i są intensywnie zaangażowani w ich odgrywanie. Mimo, że Zagubione dziecko czuje się outsiderem, podobnie jak Kozioł ofiarny, to w przeciwieństwie do niego, nie próbuje w sposób nieaprobowany społecznie zwrócić na siebie uwagę. Raczej izoluje się od pozostałych członków rodziny, obserwując z dystansu to, co między nimi się dzieje. Zagubione dziecko określane jest również mianem „dziecka niewidzialnego" bądź „dziecka we mgle", a wszystkie przypisane mu nazwy odzwierciedlają specyfikę jego funkcjonowania w systemie alkoholowym. Wśród najbardziej charakterystycznych cech Zagubionego dziecka występują:

- **izolowanie się od ludzi, wycofanie z relacji społecznych;**
- **ciągłe poczucie samotności;**
- **poczucie nieadekwatności w obecności innych osób;**
- **uciekanie w świat fantazji i wyobraźni** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 132-124).

Niedostrzegane Zagubione dzieci

Jak wspomniałam wyżej, najbardziej charakterystyczną cechą funkcjonowania Zagubionych dzieci jest izolowanie się od pozostałych osób, zarówno w środowisku rodzinnym, jak i rówieśniczym. Jednym z powodów takiego postępowania jest sposób reagowania rodziców na trzecie dziecko w rodzinie. Mianowicie, „**jeśli odważy się stawiać pytania, ryzykuje, że zostanie szorstko zbyte - podejmowanie szczerej rozmowy jest przecież wbrew zasadom obowiązującym w rodzinie. Każda odpowiedź może jedynie pogłębić niepewność, gdyż chociaż aktywni uczestnicy akcji byli świadkami wcześniejszych wydarzeń i zachowań, żaden z nich tak naprawdę nie rozumie, co się dzieje**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 123).

Ignorowanie Zagubionego dziecka zostało wyraźnie zaakcentowane w wypowiedzi Damiana dotyczącej próby przeproszenia swojego uzależnionego od alkoholu ojca.

[Damian] *Ojca raz w życiu przeprosiłem, bo potem powiedział tak, coś takiego, że… znaczy, jego reakcja była, no, że tam >>a spadaj, nie interesują mnie Twoje przeprosiny, jestem dalej na Ciebie obrażony<<.*

Komunikacja w rodzinie alkoholowej jest bardzo uboga zwłaszcza w relacji z Zagubionym dzieckiem, z którym **kontakt ograniczany jest do możliwego minimum** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 124).

[Alicja] *Nie było żadnych rozmów, nie było decyzji. Ja miałam taki przekaz, że muszę sobie jakby radzić sama. Więc buty, takie, jakie mi tam kupiono, no musiałam zaakceptować. Nie pytano mnie o zdanie, czy mi się tam podobają, czy nie.*

[Konrad] *To znaczy, jeżeli były konflikty z moim ojcem, związane z jego alkoholizmem, z jego wybuchowym charakterem, starałem się w to nie wnikać. To znaczy, zamykałem się, powiedzmy, w takich czterech ścianach, bez odzywania się, bez nawiązania kontaktu, bez odzywania się na jakikolwiek temat. Byłem w tym wszystkim biernym kamlotem, który siedzi i nic nie robi.*

W konsekwencji bycia niedostrzeganym przez członków rodziny, Zagubione dziecko **odczuwa wysoki poziom zagrożenia oraz lęku, co jeszcze bardziej skłania go do izolowania. W taki sposób próbuje poradzić sobie z trudnymi emocjami**.

Damian podkreślił to bardzo wyraźnie.

[Damian] *Na pewno na początku szkoły podstawowej miałem takiego kolegę, z którym bardzo długo zawsze wracaliśmy, to potem mama zawsze wrzeszczała, że się gdzieś tam szlajam, a ona się denerwuje. I to było w ogóle ciekawe, bo gdzieś zawsze się zapomniałem w tych… Dużo ze sobą rozmawialiśmy o różnych pierdołach i potem: >>o kurczę, spóźniony już jestem<<. Potem już bałem się do domu wrócić i spóźniałem się jeszcze bardziej, to takie było. Ten scenariusz się często powtarzał.*

Gdy ucieczka Damiana od przykrych uczuć nie była możliwa, próbował izolować się, będąc wśród członków swojej rodziny - zamykał się we własnym pokoju.

[Damian] *Potem, jak już byłem starszy, to gdzieś już bardziej się z bratem w tych swoich pokojach pozamykaliśmy.*

Niezależnie od sposobu ucieczki Zagubionych dzieci, omawiana **izolacja wzmacnia w nich poczucie osamotnienia i utrudnia nawiązywanie i kształtowanie nowych relacji społecznych** (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 61).

Samotność na rzecz obecności przepełnionej lękiem

Zagubione dzieci przepełnione są lękiem w kontaktach z najbliższymi osobami, bowiem, o ile Bohater rodzinny i Kozioł ofiarny w jakimś stopniu mają wyznaczone zasady funkcjonowania w rodzinie, o tyle Zagubione dzieci bardzo często są pozostawione same sobie. **Nie wskazuje im się, czego się od nich oczekuje, a konkretniej, nie robi się tego werbalnie, poprzez udzielanie określonych komunikatów zwrotnych w odpowiedzi na ich zachowanie, ale niewerbalnie - pokazując, że aprobuje się ich nieobecność (fizyczną bądź psychiczną)** (S. Wegschider-Cruse 2000, s. 124; W. Sztander 2006, s. 16).

W swojej narracji potwierdził to Konrad.

[Konrad] *Tata, to podejrzewam, oczekiwał ode mnie świętego spokoju. Więc ciszy i w ogóle. Jak najmniej problemów, tyle.*

Podobne oczekiwania mieli rodzice Piotra.

[Piotr] *Moi rodzice chyba najbardziej oczekiwali, żebym nie sprawiał, po prostu, problemów i tak w domu trochę tych problemów było, to związane z pracą, która nie była lekka dla ojca i te problemy, o których ci mówiłem, typu… nie wiem, że gdzieś martwiliśmy się, co się z nim dzieje czasami, nie wiem, gdzieś problemy tutaj z rodziny mamy.*

W wyniku takiego repertuaru zachowań osób najbliższych wobec Zagubionego dziecka, pogłębia się w nim uczucie, które i tak jest często przez nie doświadczane - uczucie samotności. Jak wskazuje Sharon Wegscheider - Cruse, „**samotność, choć chroni je przed rodzinnym zamętem i bólem, sprawia, że Zagubione Dziecko nie staje się aktywną częścią systemu rodzinnego**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 128).

W swojej narracji zaakcentowała to Alicja, opisując, jak pamięta okres dzieciństwa.

[Alicja] *Ani nigdy ze mną bajek nikt nie czytał, ani nikt się ze mną nie bawił, ani nikt się nie roztkliwiał jakoś nade mną, jak nad dzieckiem. Poza tym, że ja sobie potrafiłam zorganizować czas z lalkami i sobie wyobrazić różne zabawy i sobie zorganizować czas, no, to jakby ze strony mamy, czy taty, to w ogóle. Nie. Nie było czegoś takiego* (wspólnych zabaw z rodzicami)*, ani jakiś tam rozmów takich, nikt mnie nie pytał: <<co tam w szkole?<<.*

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że bardzo często Zagubione dzieci nie pozostają w bliskiej relacji z żadnym rodzicem. O ile Bohater rodzinny staje się Małym Wspólnikiem nieuzależnionego rodzica, a Kozioł ofiarny zyskuje uwagę poprzez swoje nieaprobowane zachowanie, chcąc utrzymać jakąkolwiek z nim relację, o tyle **Zagubione dziecko najczęściej ma ją w minimalnym stopniu, albo w ogóle jej nie nawiązuje** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 125; K. Gąsior 2012, s. 77).

[Damian] *Miał to gdzieś* (ojciec)*. Jak on miał gdzieś, to co ja się będę przejmował, tyle. Tam gdzieś, jak zmarł, to mi się zrobiło przykro, bo myślałem, że trochę się wycierpiał, bo śmierć miał taką niełatwą, za bardzo. Także, gdzieś jakaś taka więź z mojej strony była, ale ja bardzo chętnie się odcinałem, zamykałem, w cudzysłowiu i dosłownie w swoim pokoju. Kiedyś był taki moment, że mieli* (rodzice) *takie parcie, żebym przyszedł do nich posiedzieć, coś tam, coś tam, a nie, że ciągle tam siedzę w swoim pokoju. Nie wiem, o co chodzi (…). Także relacje w skali od 1 do 10 z tatusiem, to bym powiedział, że 2, a z mamą, no to niech będzie 5, bo jednak, jak z tatą zaczęliśmy dużo czasu spędzać w samochodzie razem, jak już musieliśmy się koło tego biznesu rodzinnego kręcić, no, to była okazja, żeby porozmawiać o jakiś dziewczynach, bo się pierwsze zaczynały. Jakieś tego typu rzeczy.*

[Alicja] *Każdy był zajęty, wiesz, swoimi sprawami: ojciec piciem, matka jego piciem i różnymi tam innymi rzeczami. Każdy gdzieś tam w swoim kącie siedział i w swoim jakby świecie, gdzieś tam.*

Skoro Zagubione dziecko nie jest aktywnym członkiem systemu rodzinnego, to wycofuje się „**w świat fantazji, lektur, marzeń do swojego kącika, w którym go w ogóle nie**

widać" (W. Sztander 2006, s. 16). W konsekwencji „**często tworzy własny świat, w którym przez kilka lat odnajduje spokój i zadowolenie**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 124).

[Alicja] *To było dla mnie tak też, że ja lubiłam ten swój świat (...). To był świat wyobraźni, książek, przeżywania różnych, prawda, filmów, wyobrażania sobie siebie, jako kogoś innego, jakoś… No więc. Natomiast, bardzo lubiłam czytać książki. Książki najbardziej. No i rysowanie, nie. To był taki mój świat, to mnie wyciszało i przenosiło na jakiś, w jakiś taki inny wymiar.*

Relacje rówieśnicze Zagubionego dziecka

Nierozwijanie relacji interpersonalnych Zagubionego dziecka, kontaktu z osobami ważnymi, powoduje zubożenie jego umiejętności podtrzymywania kontaktów międzyludzkich oraz ich nawiązywania. Kiedy „**wyrusza na szerszy teren - szkoły i grupy rówieśniczej - jego obronny sposób bycia okazuje się zawodny. Czuje się wyobcowane w codziennym życiu, którego zasad dzieci ze zdrowych rodzin uczą się od najwcześniejszych lat**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 124). Ponadto często pogłębia się **atrofia „umiejętności kontaktu i współżycia z innymi ludźmi, czy też odruch ucieczki od sytuacji trudnych, lub negowanie rzeczywistości**" (M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 109).

Szczególnie mocno wyartykułował to Damian, dla którego pójście do szkoły, jak sam określił, równało się niemalże z **przeżyciem traumatycznym**.

[Damian] *Bałem się wszystkiego, też jakieś tam wyjazdy, do szkoły, to ja byłem, no nie wiem, trauma, to mało powiedziane. To nie da się słowami opisać, jak się bałem.*

O doświadczaniu traumy w kontaktach z rówieśnikami wspomniała także Alicja.

[Alicja] *Te osoby, które były pod wpływem tego kolegi, które z jakiś przyczyn on tam nastawił przeciwko mnie i tak dalej. To jest chore dla mnie, ale ich sprawa. Mnie tam to dzisiaj jakoś nie jest potrzebne do szczęścia, żeby oni do mnie się odzywali. Natomiast z jedną osobą tylko wyjaśniłam sprawę, ale to było dla mnie bardzo, bardzo traumatyczne przeżycie.*

Z kolei dla Piotra **nawiązanie bliższych relacji z rówieśnikami wiązało się z byciem odrzucanym**.

[Piotr] *Tak gdybym sobie porównał podstawówkę i liceum, to w podstawówce na pewno było gorzej, pod względem takiej pozycji w mojej klasie, nie wiem, czy powiedzmy samopoczucia. Więc, jak gdzieś teraz sobie patrzę, to nie widzę, żebym miał kolegów. Właściwie miałem ciężko z kolegami, z przyjaciółmi u mnie. Generalnie miałem kolegę i koleżankę, którzy pomagali nam z zeszytami. A tak poza tym, no to słabo powiedzmy. Generalnie, gdzieś, powiedzmy, ci koledzy, którzy mnie w piłkę nauczyli grać, to gdzieś tam niezbyt dobrze traktowali, wyśmiewali się.*

Brak bliskości, ciepła i zainteresowania ze strony rodziców powoduje, że Zagubione dziecko nie jest nauczone oraz przygotowane do wchodzenia i nawiązywania bliskich relacji interpersonalnych. „**I mimo, że wciąż tkwi w środku tłumu, wycofuje się, pozostając z**

uczuciem samotności, odmienności oraz braku umiejętności" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 125).

Zagubione dziecko w przestrzeni szkolnej

Zagubione dziecko wycofuje się także ze **sfery rozwijania zdolności intelektualnych. Niskie poczucie własnej wartości w połączeniu z brakiem oczekiwań ze strony rodziców owocują wystąpieniem deficytów w zakresie rozwoju umysłowego**, mimo spędzania wielu godzin nad książkami (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 129).

[Alicja] *Wiem, że stać było mnie na więcej w szkole. Natomiast, były takie sytuacje, gdzie ja nie byłam w stanie się skupić. W ogóle na nauce. Pomagało mi wtedy rysowanie i miałam taki zeszyt schowany pod książkami, jak za drzwiami się robił szum to ja szybko wiesz, jakby chowałam zeszyt, że się uczę ale się nie uczyłam tylko sobie rysowałam albo sobie tam inne różne rzeczy robiłam. I opowiadania jeszcze pisałam. Oczywiście z happy endem.*

Odwołując się do specyfiki funkcjonowania Zagubionych dzieci w płaszczyźnie szkolnej, należy podkreślić, że często są niedostrzegane przez nauczycieli, bowiem **nie zachowują się ani nad wyraz dobrze, ani w sposób nieaprobowany społecznie** (M. Ryś 2011, s. 99). „Nie są ani rozrabiaczami, ani prymusami klasowymi" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 60). Utrudnia to jednak ich identyfikację i udzielenie pomocy.

[Damian] *Relacje z nauczycielem- nie ma czegoś takiego. Nie było czegoś takiego, jak relacje z nauczycielami. To wszystko to były gdzieś tam, bym nawet powiedział, bezosobowe jakieś postaci. Teraz to uczenie, to się jakoś inaczej prowadzi, ale wtedy, to naprawdę zadanie domowe, coś, tamto na tablicy cyk, cyk i tyle.*

Potencjał duchowy Zagubionego dziecka

Uwzględniając, że jeden z moich rozmówców szczególnie mocno akcentował aspekt swojej duchowości, co bywa charakterystyczne dla Zagubionych dzieci, wydaje mi się za zasadne poruszyć ten wątek w analizie wyników badań. Otóż „**te same słabości, których doświadcza Zagubione dziecko w kontakcie z rówieśnikami, dają o sobie znać w szkółce niedzielnej, kościelnych grupach młodzieżowych i innych formach zorganizowanej działalności religijnej**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 129). Jego odosobnienie sprzyja rozwojowi bogatej duchowości.

O istotności wiary w Boga wspominał Piotr.

[Piotr] *W podstawówce, gdzieś tam, nie wiem, Bóg był ważny. Tam początek liceum trochę też interesowałem się tym, tak naprawdę mogę powiedzieć, że był jakiś taki moment, że właściwie nie wierzyłem i nie wiem, gdzieś to później wróciło, że uwierzyłem, nawet nie wiem, pod wpływem jakiś tam lektur, moich przemyśleń, mówię, musi coś tam być i tyle, tak czuję, nie.*

Jak wskazuje Sharon Wegscheider - Cruse, **silnie ugruntowana religijność Zagubionego dziecka często wynika z dużego wpływu innej osoby dorosłej na nie** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 129).

W przypadku Piotra wspomniany wpływ był wywierany zarówno przez religijnych rodziców, jak również przez katechetę, który w trudnym momencie jego życia był dla niego wsparciem.

[Piotr] *Pamiętam, że zdarzyło się raz, już nie pamiętam dlaczego, nie wiem, gdzieś… nie wiem, gdzieś przed jakąś lekcją, bardzo tak płakałem, podszedł do mnie katecheta i nie wiem, jakoś tam, po prostu pobył ze mną. Spytał, co się stało, ale jak miałem powiedzieć, co się stało… po prostu pobył ze mną, nie. No i popłakałem, popłakałem i tyle, nie (…). No, bo, znaczy generalnie zostałem nauczony, że On jest ważny, że dużo mi dał i tak dalej, że nie wiem, że mnie stworzył, że oddał za mnie życie i tak dalej, no. Do teraz w to wierzę, nie.*

Sfera związana z duchowością była dla mojego rozmówcy szczególnie ważna w trudnych momentach jego życia.

[Piotr] *No, znaczy, On, jakby szczególnie był ważny wtedy, gdy miałem jakiś problem, był dla mnie ważny. Wiedziałem, że gdzieś tam mogę się do niego zwrócić po pomoc i samo to mi dawało, jakąś tam, ulgę.*

* * *

Zagubione dzieci najczęściej pojawiają się w systemie rodzinnym w momencie, gdy „akcja dramatu, w którą mocno zaangażowane są już cztery osoby, wikła się coraz bardziej" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 123). W wyniku panującego chaosu, często bywają **niezauważalne** przez pozostałych członków rodziny. W konsekwencji dominującym uczuciem, jakie im towarzyszy, jest **uczucie osamotnienia,** o którym często wspominali moi rozmówcy.

Trudny kontakt z rodzicami, który wynikał z utrzymywania przez nich dystansu emocjonalnego, a niekiedy także fizycznego, powodował, że ich **umiejętności społeczne nie rozwijały się tak, jak powinny**. Zagubione dzieci, z którymi przeprowadzałam wywiady, wspominały często, że ich rodzice, nie mówiąc im tego wprost, **pokazywali, że oczekują od nich zaradności, samowystarczalności, jednocześnie nie ucząc ich, jak je osiągać**. W wyniku tego uciekały **w świat fantazji i wyobraźni,** znajdując w nich chwilowe ukojenie, które w ich dalszym funkcjonowaniu skutkowały **wycofywaniem z jakichkolwiek relacji społecznych, także tych z rówieśnikami**.

Wchodzenie w kontakty interpersonalne wiązało się dla nich z poczuciem lęku, zagrożenia i odrzucenia. Były one tak silne, że **perspektywa interakcji z rówieśnikami była**

porównywana, w przypadku dwóch moich rozmówców, do przeżywanej przez nich traumy. Dlatego albo unikali nawiązywania relacji interpersonalnych, albo rzeczywiście bywali odrzucani przez kolegów i koleżanki z klasy.

Poczucie osamotnienia i opuszczenia towarzyszyło im również w szkole, w relacjach z nauczycielami. Jak sami wskazywali, **nauczyciele po prostu byli i ich uczyli, ale nie poświęcali im zbyt dużo uwagi i czasu**. Szkoła nie stanowiła dla nich miejsca, w którym mieliby okazję doświadczyć innych relacji aniżeli te, które mieli w domu - przeciwnie, perspektywa pójścia i funkcjonowania w szkole, wywoływała w nich lęk, z którym często radzili sobie poprzez ponowną ucieczkę w świat fantazji.

Zagubionym dzieciom trudno odnaleźć się w chaotycznym świecie stworzonym przez rodzinę alkoholową. Rola „idealnego" dziecka została zajęta przez Bohatera rodzinnego, rola „niegrzecznego dziecka" została zajęta przez Kozła ofiarnego, w konsekwencji Zagubionemu dziecku pozostało obserwować wszystko z dystansu, nie angażując się zanadto w funkcjonowanie najbliższych mu osób. Niemniej jednak nie pozostaje to bez konsekwencji dla jego funkcjonowania zdrowotnego i psychospołecznego, bowiem pozostaje ono niezauważalne w domu i niezauważalne także w innych środowiskach, w których funkcjonuje. Znacznie utrudnia mu to wchodzenie w relacje społeczne oraz ich utrzymywanie, co jest tak istotne dla zdrowego i pełnego rozwoju każdego dziecka.

MASKOTKA

Adam, Anita

Jeżeli w systemie alkoholowym pojawia się czwarte dziecko, najczęściej (choć nie zawsze) przejmuje ono rolę, która ma na celu rozładowanie napięcia powstałego w rodzinie i **podtrzymywanie powstałej iluzji**. O ile Bohater rodzinny oraz Kozioł ofiarny są aktywnie zaangażowani w trudną sytuację rodzinną, o tyle Zagubione dziecko oraz Maskotka są tymi członkami rodziny, których nie informuje się o tym, co się dzieje. Ponadto Maskotka nierzadko bywa celowo okłamywana. Głównym celem takiego postępowania jest **ochrona przed negatywnymi konsekwencjami uzależnienia członka rodziny**.

Wśród najbardziej charakterystycznych cech Maskotki wymienia się:

- **rozładowywanie napięcia powstałego w rodzinie poprzez zachowania błazeńskie;**
- **aktywność (czasami diagnozuje się u nich nadpobudliwość psychoruchową);**
- **odczuwanie strachu jako uczucia dominującego;**
- **próby manipulacji, chociaż niekoniecznie świadome;**
- **silną potrzebę interakcji społecznych** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 133-141; B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 61-62).

Potrzeba zwrócenia na siebie uwagi

Charakterystyczną emocją w rodzinie alkoholowej, odczuwaną przez wszystkich jej członków, jest **lęk**. Jednak każdy z nich w specyficzny dla siebie sposób go uzewnętrznia. W przypadku Maskotki „**pierwotny i uzasadniony lęk dziecka o rodzinę zostaje pogłębiony przez drugi lęk, nieuzasadniony, lecz w tych okolicznościach nie do uniknięcia - lęk o własne zdrowie psychiczne**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 134). W wyniku jego doświadczania i narastającego niepokoju, Maskotka próbuje, na swój własny sposób, poradzić sobie z nim. **Uczy się, że w takich sytuacjach warto zachowywać się komicznie, ponieważ takie zachowanie zostaje nagrodzone**. Dzięki niemu może równocześnie dać ujście nagromadzonym emocjom oraz zyskać pozytywną uwagę najbliższych osób (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 135).

Moi rozmówcy, Adam oraz Anita, nie podkreślali znacząco, jakoby rozładowywali powstałe napięcie w rodzinie poprzez zachowania błazeńskie. Niemniej jednak w indywidualnym kontakcie z nimi można było od razu rozpoznać, że w ich funkcjonowaniu dominują cechy omawianej Maskotki.

Jak wskazuje Sharon Wegscheider - Cruse, u Maskotek można dostrzec pewne charakterystyczne cechy fizyczne. „**Najczęściej, mimo drobnej budowy, mają silne i napięte mięśnie. Na ogół są mniejsze niż reszta rodzeństwa**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 138). W kontakcie z moimi rozmówcami dało się je zauważyć. Ponadto wspominali również o nich w swoich wypowiedziach.

[Anita] *Natomiast, jeżeli dochodziło już do awantur, to byłam najgłośniejsza, to krzyczałam, na ile pozwalał mój głos i moja postura.*

[Adam] *Najgorzej było z WF-em, bo ja jednak w podstawówce strzeliłem w górę, wlazły kompleksy, chudzielec i tak dalej.*

Należy podkreślić, że same cechy fizyczne nie mogą być głównym wyznacznikiem przypisania komuś określonej roli w rodzinie. Zarówno Adam, jak i Anita, wyróżniali się podczas rozmowy także sposobem wypowiadania. Byli oni jedynymi rozmówcami, którzy **przez cały czas uśmiechali się, a gdy wspominali o trudniejszych kontekstach ich funkcjonowania, zdarzało się, że rozładowywali napięcie poprzez żartowanie**. Na przykład Adam, opisując swoje trudności w relacjach intymnych, nie potrafił zachować powagi.

[Adam] *Chociaż do końca, tak naprawdę, nie umiem się kłócić. Też uczę się, że można i to się nie skończy wojną światową* (śmiech). *I to nawet na poziomie takich małych konfliktów.*

Z kolei Anita, mimo że opowiadała o traumatycznej sytuacji, której doświadczyła, robiła to z nieustającym uśmiechem na twarzy.

[Anita] *Mój pierwszy związek, to był związek zawarty* (podana konkretna data). *Nawet* (podana konkretna data)*, czyli dnia następnego zostałam przez tego chłopaka zgwałcona. Więc, to było jakby wejście w moje związki i, co jest najważniejsze, nie zostałam przez to w żaden sposób jakoś bardzo skrzywdzona.*

Maskotka nie zawsze rozładowuje powstałe w rodzinie napięcie w sposób żartobliwy. Zdarza się również, że „**nadpobudliwa Maskotka ma nieznośne nawyki, napady gwałtownych i kapryśnych zachowań - tak więc nie zawsze zyskuje pozytywną uwagę**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 135).

[Anita] *Dlatego każda awantura, która była spowodowana przez alkohol… Inaczej, w takich sytuacjach często odbijała się na mnie, niekoniecznie na innych domownikach. Na przykład, to nie mama była jakby głównym prowodyrem tej sytuacji, tylko ja. To ze mną działy się awantury, bo się do mnie przyzwyczaił. Do mojego pyskowania.*

Z powodu takiego funkcjonowania Maskotki, może ona osiągnąć chociaż pozorną kontrolę nad sytuacją rodzinną, doprowadzić członków systemu alkoholowego do **wyrażenia rzadko okazywanej szczerości zarówno wówczas, gdy się śmieją, jak również wtedy, gdy**

złoszczą się na nią (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 135; L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 123).

[Anita] *Wchodziłam pomiędzy nich. Swoich rodziców, dlatego w głównej mierze czasami coś mi się dostało, to ja zostałam zwyzywana, wręcz to na mnie się odbijało. W głównej mierze robiłam to specjalnie, żeby to moja mama, która w większości była dla mnie, jakby męczennikiem w tym wszystkim, miała z tego wszystkiego coś mniej i czyli, żeby to nie ona cały czas dostawała, tylko ja. Próbowałam to na siebie przerzucić i faktycznie mi się to udawało, bo w głównej mierze po prostu w awantury wchodziłam z wyzwiskami wobec mojego ojca, żeby się na mnie skupił, nie na mojej mamie. I generalnie, to mniej więcej w ten sposób wyglądało. Czyli moje bronienie matki podsycało w nim nienawiść, tylko, że nie wobec niej, tylko wobec mnie. Jakby nie był to element, który przekonywał go, że mama go nastawia, mnie nastawia na niego, tylko on sam widział jakby fakt mojego buntu.*

[Adam] *Ja to mam po matce, że tak bardzo trzymałem w środku i parę razy mnie tam kurde, żebym pamiętał, no się darłem już na niego, czy on nie widzi, że my widzimy, że on jest nawalony, że wszystko rozwala i tak dalej, i tak dalej*.

Uwaga całej rodziny, chociaż na chwilę, może zostać odwrócona od zaistniałego kryzysu i złagodzić cierpienie jej poszczególnych członków (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 135; L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 123).

[Anita] *Zawsze jakby myślałam, że… znaczy, myślę, że w pewnym momencie też to było takie… moja mama się przyzwyczaiła, więc to na mnie skupiało się wszystko, na mnie była uwaga ukierunkowana i ona czuła się z tym dobrze.*

Funkcjonowanie emocjonalne Maskotki

Mimo pozornie radosnego usposobienia i powierzchownej odwagi Maskotki w skupieniu całej uwagi na sobie, nawet gdyby miała się wiązać z dezaprobatą ze strony rodziców, **wewnątrz przeżywa ona olbrzymi strach**, którego nie potrafi zwerbalizować (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 124). W pewnych sytuacjach **wspomniany strach może być tak duży, że paraliżuje Maskotkę i utrudnia jej jakiekolwiek działanie**.

Wyraźnie zaakcentował to Adam.

[Adam] *Bo to normalnie, to nie były kłótnie, to były takie dni, że siedziałem po prostu na fotelu, czułem, jak mi się mózg wyłącza, patrzyłem na jakieś lecące coś tam w telewizji a on sobie tam swoje gadał (…). Pamiętam, że byłem taki przerażony i spięty, bo nie mogłem uciec z tego fotela, bo nie miałem gdzie uciec.*

W przypadku Anity początkowo **strach powodował jej wycofywanie z aktywnego funkcjonowania w rodzinie, a wraz z narastającym napięciem i połączonymi z nim objawami psychosomatycznymi, przeradzał się w jawną obronę/ atak**.

[Anita] *Natomiast w tamtych dniach starałam się być bardziej cicho, inaczej spostrzegałam te wszystkie awantury, one były bardzo nerwowe, nie tyle bolały, co po prostu miałam wtedy nerwowy moment, w którym na przykład przyśpieszało serce, jakieś tam złe samopoczucie, przerażenie troszeczkę, bo już wchodziły jakby strach, nie tyle skrzywdzenie, co strach, że stanie się coś złego i tak. Jak jednak doszło, co do czego, to już nie panowałam chwilami nad sobą. Darłam się.*

Tym, co najbardziej charakterystyczne dla Maskotki, jest ukrywanie prawdziwych uczuć za maską żartobliwości. **„Jeśli Maskotka nie uzyska pomocy, istnieje możliwość, że wiecznie obecny lęk o zdrowie psychiczne doprowadzi ją do ostatecznego rozwiązania kwestii bólu - do samobójstwa**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 142).s

[Anita] *Miałam bardzo długo z tym problemy, uczuciami, miałam z nimi ogromny problem, na przykład nie wiedziałam, że powiedzenie czegoś będzie czymś złym. Jeżeli na przykład powiem coś, co nie uważałam na przykład, że to może kogoś skrzywdzić, co to jest skrzywdzenie, że krzywda wygląda inaczej. Więc, jakby nie miałam takiego przygotowania do dorosłości. No i miałam moment nawet przez to, w gimnazjum, że chciałam już to wszystko skończyć. To życie.*

Maskotka w relacjach społecznych - manipulacja i potrzeba zwrócenia na siebie uwagi

Maskotka często dopuszcza się **manipulacji w kontaktach z innymi ludźmi,** mimo że nie zawsze zdaje sobie z tego sprawę. Robi tak, ponieważ zależy jej na kontroli sytuacji i wywołaniu pożądanej przez nią reakcji osób będących z nią w relacji (K. Gąsior 2012, s. 78).

[Anita] *Ja byłam zawsze jakby za psychologa, więc może nawet troszeczkę za manipulacją, więc potrafiłam zamanipulować ludźmi dla własnych korzyści. W takich awanturach potrafiłam przekonać do swoich racji. Zawsze wychodziło mi to na dobre, a nigdy nie robiłam tego, żeby kogoś skrzywdzić, tylko zawsze, żeby wszystko unormować. Nie widziałam nic w tym złego i dalej nie widzę. Może to negatywne, nie wiem… (…). Manipulująca ludźmi dookoła, to fakt, dawałam ludziom się czymś zajmować, bo mi się nie chciało i nie znosiłam sprzeciwu. Nie znosiłam sprzeciwu, jak ja się odezwałam i powiedziałam, że ma być tak, tak i tak, to powinno być tak i tak. Jak już się odezwałam, to już tak zróbmy. Więc mimo, że nie byłam tam jakimś przewodniczącym klasowym i tak dalej, mimo że kazałam ludziom coś zrobić, to jak już rzuciłam: >>pojedźmy tam na wycieczkę<<, to się zgadzali, bo oni uważali, że to jest genialny pomysł, a jeżeli nie, to już stawiałam fakty, że tak będzie i się zgadzali.*

Nadmierna potrzeba kontrolowania środowiska zewnętrznego, manipulacja ludźmi powoduje, że **Maskotka często jest w bliskim, jednak niekoniecznie głębokim kontakcie z rówieśnikami oraz rodziną** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 139).

Anita z jednej strony wspomniała o łatwości nawiązywania relacji, z drugiej wskazała, że jej relacje z rówieśnikami nie układały się zbyt dobrze.

[Anita] *Jeżeli chodzi o takie relacje z rówieśnikami, myślę, że to jest nadal moją mocną stroną. Jestem ekstrawertykiem od dziecka. Czyli, generalnie, z kim nie zaczęłam rozmawiać, to już zaczął być moim kolegą, czy koleżanką, jakimś tam przyjacielem, nie wiem, otaczałam się ogromną ilością znajomych wkoło siebie. Tych ludzi był ogrom, wokoło mnie. (…) Negatywne* (relacje z rówieśnikami). *Nie lubiłam się z nimi. Oni mnie nie lubili, ja nie lubiłam ich, w ogóle uznawałam ich za nudnych.*

Z kolei Adam zaakcentował charakterystyczne dla Maskotki poczucie, że w **relacjach interpersonalnych istnieje powierzchownie, ponieważ nikt nie traktuje go poważnie.** W konsekwencji odczuwał **brak ważności i zrozumienia wśród rówieśników** (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 139).

[Adam] *Ja nie wiem, czy oni coś konkretnie robili, bo ja naprawdę myślę, że my się wszyscy bardzo lubiliśmy, tylko, że ja, w jakiejś sekundzie, miałem po prostu potrzebę, żeby teraz mnie zauważyli, bo ja teraz chciałem coś powiedzieć. Wiesz, grupa narąbanych ludzi bawiących się na imprezie, no, to słucha cię, jak cię słucha. Albo pójdzie gdzie indziej, zajmie się czymś innym, coś robi, z kimś gada, a ja się łapałem w pewnym momencie, że kurde, nikt nie chce ze mną gadać i w ogóle: >>mam was w dupie, idę sobie<< .*

Z powodu częstego zwracania na siebie uwagi w domu, Maskotka nauczyła się takiego samego sposobu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, na przykład rówieśniczych. „**Odwraca uwagę od celu swojego zainteresowania poprzez skoncentrowanie uwagi na samej sobie**" (K. Gąsior 2012, s. 78).

[Adam] *Ale wtedy tak potrzebowałem, żeby mnie tam tak bardzo lubili, żeby odbierali mnie jako też mądrego, bo tak się nie czułem czasami. Więc wtedy miałem… Zwiewałem sobie gdzieś tam*.

W relacjach interpersonalnych Maskotki często „**są duszą towarzystwa i skupiają wokół siebie bardzo dużo ludzi**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 62). Niemniej jednak takie funkcjonowanie często jest jedynie fasadą, za którą skrywają lęk, niepewność, samotność i trudność w poradzeniu sobie ze stresującymi sytuacjami.

[Anita] *Czasami nerwowo* (radziła sobie z trudnymi sytuacjami)*, w sensie, bardzo często właśnie reagowałam tak nerwowo, na początku nie widziałam jasnego wyjścia z sytuacji, więc bardziej się stresowałam, martwiłam, denerwowałam, coś na tej zasadzie. By później ochłonąć, popatrzeć na to logicznie i zrobić coś, co powinno być zrobione. Czasami reagowałam za szybko i potem żałowałam. Więc tego się nauczyłam, żeby nigdy tak nie robić. I myślę, że właśnie to jest ten element, że jakby byłam nerwowa i do momentu, w którym się uspokoiłam i zrobiłam to, co powinnam zrobić.*

Mimo podkreślenia przez Sharon Wegscheider - Cruse tego, jakoby Maskotka miała tendencję do zjednywania sobie ludzi, ale również do manipulowania nimi, i wskazuje na pejoratywny wydźwięk jej funkcjonowania w tej płaszczyźnie (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 139), to **łatwość nawiązywania relacji może być jej zasobem i pełnić funkcję ochronną.**

Jedną z kategorii prężnych dzieci, wyróżnionych przez Bonnie Benard, jest ich responsywność, na którą składa się „umiejętność pozyskiwania pozytywnej reakcji na własną osobę ze strony innych ludzi. (…) Responsywność już w dzieciństwie umożliwia nawiązywanie dobrych kontaktów z dorosłymi spoza rodziny, co zwiększa szanse na znalezienie >>zastępczego<< rodzica" (K. Gąsior 2012, s. 107-108).

Maskotka w przestrzeni szkolnej

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że charakterystyczne zachowania Maskotki nie mają wpływu na jej inteligencję czy zdolności intelektualne**. Zdarza się bowiem, że jest ona bardziej uzdolniona i osiąga większe sukcesy edukacyjne aniżeli Bohater rodzinny**. Decydujące jest jednak to, w jakim stopniu Maskotka wykorzystuje swój własny potencjał (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 139).

Adam wspominał szkołę oraz okres szkolny bardzo pozytywnie. Wskazał na istotność swoich osiągnięć edukacyjnych.

[Adam] *I w szkole, bo tak przez całe osiem lat czerwone paski. Ja uwielbiałem matematykę, to chyba wynik dobrych nauczycielek, trafionych, nie? Że to uwielbiałem i jakoś w tą stronę się to w życiu tak poukładało, że nagle jestem techniczny.*

Zupełnie inaczej okres szkolny wspominała Anita. Mówiła przede wszystkim o tym, że nie lubiła czasu, gdy była w podstawówce i gimnazjum, ponieważ nie czuła się akceptowana przez rówieśników, o których uwagę walczyła.

[Anita] *Lubiłam przedszkole, w którym byłam bardzo mocno akceptowana, a tak wszystkie moje dziwne, według ludzi, cechy były mniej akceptowane i w podstawówce i w gimnazjum. Powiem tak: specyficzny wygląd, zawsze miałam specyficzny wygląd w ubraniu, na mega kolorowo, byłam małym hippisem, kombinowałam z różnymi rzeczami, nigdy się nie malowałam, dopiero jakoś tak w technikum bardziej to weszło. Ale tego nie lubiłam, do dzisiaj, więc na przykład, dzisiaj w ogóle nic i tak przez jakiś czas. Myślę, że właśnie nie byłam do końca akceptowana przez to, bo wtedy były jakieś tam kanony, czyli jakim powinno się być, ja zawsze taka byłam, rysowałam sobie różne rzeczy na rękach, udając tatuaże, jakieś tam dziwne rzeczy, rysowałam dziwne rzeczy, lubiłam oglądać, czyli ja bardzo lubiłam naukowe rzeczy oglądać, czyli jakieś tam, nawet w gimnazjum bajki i w przedszkolu jakieś tam bajki chińskie już wtedy, animowane, to wówczas weszło we mnie na szczęście dość zeszło… Straszny wiek… I byłam tak troszeczkę dyskryminowana na podstawie tego wszystkiego, mimo że starałam się zmienić dla tych ludzi.*

* * *

Jak każde dziecko w rodzinie alkoholowej, również Maskotka ma do spełnienia w niej konkretne zadanie. Jest nim przede wszystkim podtrzymanie **rodzinnej iluzji**. Realizuje je

poprzez szereg charakterystycznych zachowań, takich jak między innymi: zachowania błazeńskie, które mają na celu rozładowanie powstałego w rodzinie napięcia; podejmowanie prób manipulacji (niekoniecznie w sposób świadomy); dużą aktywność.

U moich rozmówców, u których dominowały cechy opisywanej Maskotki, wymienione zachowania występowały z mniejszym, bądź większym, natężeniem. Przede wszystkim w wyniku indywidualnej interakcji z nimi, zauważalne było uwydatnienie **poczucia humoru, żartobliwe zachowania oraz nieustający uśmiech na twarzy, który nie znikał nawet wówczas, gdy mówili o sytuacjach trudnych czy traumatycznych**. „Problem błazna polega na tym, że nikt nawet nie domyśla się prawdy o osobie ukrytej za maską z przyklejonym wiecznym uśmiechem" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 138-139). Zarówno Adam, jak i Anita, starali się odwrócić uwagę od zaistniałego problemu nie tylko poprzez zachowania błazeńskie, ale również otwarcie, np. przekierowując uwagę rodziców podczas ich konfliktów na siebie samych. Jak wskazała Anita, jej zachowanie przynosiło ulgę matce, w konsekwencji było przez nią (matkę) wzmacniane.

Jak wspomniałam wyżej, Maskotka z pozoru sprawia wrażenie osoby dobrze funkcjonującej, wesołej i aktywnej. W rzeczywistości jest ona „napełniona strachem i obawą" (K. Gąsior 2012, s. 78), bowiem „zdaje sobie sprawę, że jedność rodziny oraz jej zdrowie psychiczne są zagrożone w sposób trudny do określenia" (K. Gąsior 2012, s. 78). Uczucia te, dominując u Anity i Adama, powodowały u nich albo **odrętwienie i niemożność podejmowania żadnej aktywności, albo ucieczkę i fizyczne izolowanie się z systemu rodzinnego**. Takie zachowanie często skutkuje **trudnością w rozwoju podstawowych umiejętności społecznych związanych z wchodzeniem i utrzymywaniem relacji interpersonalnych oraz identyfikacją i przeżywaniem określonych emocji**. Anita podkreśliła, że z powodu wydarzeń, które miały miejsce u niej w domu, ma trudność z weryfikacją uczuć, których doświadcza oraz ich kategoryzacją do konkretnego zachowania (np. że dane jej zachowanie może wzbudzić w drugiej osobie określone przeżycie).

Brak nabycia podstawowych kompetencji społecznych w systemie rodzinnym rzutuje na **funkcjonowanie społeczne Maskotki także w relacjach z innymi ludźmi, w tym z rówieśnikami**. Mimo że często skupia ona wokół siebie wiele osób, to relacje z nimi mają charakter powierzchowny. Anita wskazała, że **miała trudność z wchodzeniem i utrzymywaniem relacji z rówieśnikami, z kolei Adam podkreślił, że mimo tego, iż lubił towarzystwo i obecność ludzi, to nie miał poczucia bliskości/ więzi z nimi**.

Dla systemu rodzinnego, w którym funkcjonuje już troje dzieci - Bohater rodzinny, Kozioł ofiarny oraz Zagubione dziecko - specyficzne funkcjonowanie Maskotki pozwala

uwolnić powstałe w rodzinie napięcie. Mimo skutków psychospołecznych wiążących się z odgrywaniem omawianej roli, nieświadomie jest ona w stanie je ponosić, by móc podtrzymać schemat funkcjonowania rodziny alkoholowej i wspomóc pozostałych jej członków w odgrywaniu swoich ról.

8.1.3. Dorastanie w rodzinie alkoholowej w biografiach dorosłych dzieci alkoholików - okres dzieciństwa i adolescencji

W tym rozdziale zamierzam bliżej przyjrzeć się temu, w jaki sposób moi rozmówcy przedstawiali specyfikę funkcjonowania w domu rodzinnym w okresie ich dzieciństwa oraz adolescencji. Zaprezentowane zostaną ich doświadczenia związane z wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej, w szczególności codzienne funkcjonowanie, relacje wszystkich członków rodziny oraz samopoczucie w rodzinie. Bliższe przyjrzenie się temu obszarowi jest zasadne, ponieważ, jak wskazują liczni autorzy, „alkoholizm jest chorobą rodzinną - dotyka każdego członka rodziny i wywiera nań niszczący wpływ. Postrzeganie indywidualnej rodziny jako układu pozwala lepiej zrozumieć tę koncepcję choroby" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 48). Ponadto, co bardzo istotne i powielane w systemowym ujęciu rodziny alkoholowej, „mimo, że pacjent z problemem alkoholowym wygląda na osobę najbardziej potrzebującą pomocy, nie można zapominać, że cały układ jego rodziny jest zaburzony. Alkoholik jest więc jedynie symptomem >>chorej rodziny<<" (A. Kłodecki 2000, s. 170).

8.1.3.1. Retrospektywne spojrzenie na funkcjonowanie w systemie alkoholowym

Z powodu odmiennych doświadczeń kształtujących percepcję moich rozmówców, specyfika funkcjonowania poszczególnych członków rodziny alkoholowej może różnić się pod pewnymi względami. Inaczej o swojej rodzinie może mówić najstarsze dziecko, a inaczej najmłodsze. Wynika to z wielu czynników i wiąże się z różnymi etapami, cyklami rozwoju rodziny, w których ci się w niej pojawili. Tak odmienne postrzeganie może być również pochodną płci dziecka i związanymi z tym oczekiwaniami lub wymaganiami rodziców względem niego.

Wyraźnie dała temu wyraz Grażyna:

[Grażyna] *A znowu Zośka, o siedem lat młodsza, bo ona chodziła na terapię, ja chodziłam na swoją, czasami rozmawiałyśmy o tym, co jest albo o czym rozmawiamy, no i ona całkiem inną historię ma z domu niż ja. Siedem lat różnicy, a tak, jakby się w innej epoce wychowała. Ona od zawsze słuchała, że tata jest alkoholik i ona zawsze go broniła, ona była jedynym sojusznikiem w domu, który broni alkoholika: >>ale o co wam chodzi?<<. Jak był pijany, że rzygał pod siebie, to ona mu dawała jeść, ona go rozbierała.*

Dwóch moich rozmówców pytanych o niektóre aspekty ich życia, miało **problemy z przypomnieniem sobie określonych kwestii ze swojego dzieciństwa oraz adolescencji**. Niepamięć wydarzeń z dzieciństwa może być, według D. Dyjakon, jednym ze sposobów radzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami z tego okresu rozwojowego przez dorosłe dzieci alkoholików, określanym jako **amnezja dyssocjalna**. Polega ona na wypieraniu szeregu zdarzeń (najczęściej tych bardzo bolesnych jak molestowanie seksualne, czy przemoc), które miały miejsce w dzieciństwie. Rezultatem tego procesu jest całkowity brak pamięci o okresie dzieciństwa w dorosłym życiu jednostki. Osoby stosujące ten mechanizm obronny albo nie pamiętają w ogóle własnego dzieciństwa, albo pamiętają jego urywki. Omawiane luki w pamięci mogą być wypełnione przekonaniem o normalności własnego dzieciństwa (D. Dyjakon 2012, s. 17-19).

[Sławek] *Tak więc, to mi przychodzi na myśl, a później… Jakbym miał się scharakteryzować...* (chwila zastanowienia). *Nawet nie wiem, czy mogę powiedzieć, że byłem wesoły, ja nie pamiętam takich rzeczy* (wulgaryzm).

[Adam] *Ciekawostka jest taka, że ja bardzo niewiele z niego* (dzieciństwa) *pamiętam. Są takie pojedyncze, pourywane obrazy*.

Niezależnie jednak od roli rodzinnej przyjmowanej przez moich rozmówców, ich płci oraz kolejności urodzenia, czy niepamięci niektórych zdarzeń, w ich wypowiedziach można znaleźć wiele elementów wspólnych związanych ze specyfiką dorastania w rodzinie alkoholowej.

Nieustanna niepewność i obawa

Andrzej Margasiński wskazuje jedną z głównych cech charakterystycznych dla niemal każdego systemu - „dla członków rodziny życie z nierozwiązanym problemem alkoholowym oznacza doświadczanie chronicznego stresu, długotrwałe poczucie beznadziejności, niepewność, chaos, poczucie osamotnienia" (A. Margasiński 1996, s. 34). Taka sytuacja wynika przede wszystkim ze **specyfiki choroby alkoholowej i funkcjonowania samego uzależnionego, który często w swoich zachowaniach bywa impulsywny**. Oznacza to, że można w jego postępowaniu zaobserwować „pewne typowe reakcje, takie jak osłabione hamowanie, słabe przewidywanie, automatyczna reakcja na bodziec, niewrażliwość na odroczenie nagrody, brak refleksji po podjęciu decyzji, nadmierne ryzyko" (I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska 2018, s. 43).

Moi rozmówcy szczególnie intensywnie w swoich narracjach akcentowali doświadczanie **silnego stresu w relacji z nietrzeźwym rodzicem**, co wynikało ze sposobu jego funkcjonowania, bowiem „znakiem szczególnym większości alkoholików jest niespójność

zachowań - innych gdy piją, innych gdy są trzeźwi. Większość pijących chwieje się w wyborze pomiędzy miłością, poczuciem winy, skruchą i dobrymi intencjami a obojętnością czy wrogością" (T. Bach-Olasik 1996, s. 23).

[Ula] *Przede wszystkim lęk, tak, to był strach przed nim, to był strach, jak wracałam do domu i nie wiedziałam, co zastanę w ogóle. Czy będzie gdzieś leżał… Pamiętam takie wydarzenie, przyszedł do mnie chłopiec, powiedział: >>twój tata tam leży. Cały we krwi, gdzieś tam<<. Więc ja zamknęłam drzwi, no, co ja miałam zrobić, ja po prostu nie wiedziałam, co mam zrobić. Pamiętam też taki moment, że też wracałam ze szkoły, wchodzę do klatki, a on stoi przy drzwiach i próbuje otworzyć. Jak spojrzałam na niego, to on spojrzał na mnie i po prostu zwiałam. Generalnie, bałam się. Czy był trzeźwy, czy pijany. Trzeźwy był innego rodzaju zagrożeniem, a pijany był innego rodzaju zagrożeniem dla mnie.*

[Damian] *Dominował strach. Właściwie wszystko było podszyte strachem albo obiektywnym albo subiektywnym. Obiektywnym, czyli, że tata mógł się zezłościć lub mama o coś właśnie. Albo subiektywny, że się bałem.*

Wspomniana nieprzewidywalność i chaos panujące w rodzinie alkoholowej powodują, że wszyscy jej członkowie niemal nieustannie odczuwają **silne napięcie psychiczne i pozostają w stanie gotowości**. Mówiąc o samopoczuciu w rodzinie alkoholowej w okresie dzieciństwa i adolescencji, wielu moich rozmówców twierdziło wprost o ciągłym „czuwaniu"[147] wynikającym z niemożności przewidzenia przyszłych wydarzeń.

[Adam] *Coś mi się tam kojarzy, że jak coś nie będzie dobrze zrobione, to znowu będzie konflikt, że to nie jest dobrze zrobione, że zostanę na przykład skrytykowany za to przez kogoś (…). Taki wieczny stand by. Takie wieczne czuwanie.*

[Ula] *Ja chyba generalnie byłam na czuwaniu. I ciągle jestem, to chyba właśnie dobre słowo, że cokolwiek się dzieje na zewnątrz, to niewiele trzeba, żeby to zburzyć.*

[Alicja] *Natomiast to, co ja tak pamiętam, to bardziej jest stan, niż emocja, to takie poczucie ciągłego napięcia, takiego pogotowia, takiego… Jak masz takie, czujność taka, że zaraz coś się wydarzy i musisz być gotowa. To coś takiego.*

[Konrad] *Głównie się bałem, bałem się, co to będzie w domu, zwłaszcza w pewnym okresie, gdy już było dosyć ciężko i to właśnie skutkowało tym, że moja mama podjęła decyzję, że to jest koniec. Albo będzie się mój ojciec leczył, odstawi alkohol na zawsze, albo se la vie i do widzenia, bo tego już nie da się dalej prowadzić, to było uczucie takie bardziej strachu. Co będzie, jak wrócę do domu. Czy mój ojciec będzie dzisiaj trzeźwy, czy nie trzeźwy. Czy on będzie spał, czy on będzie się awanturował. Czy coś innego. Więc raczej uczucie strachu, wstydu. Przeważnie właśnie te uczucia.*

[147] Opisane „czuwanie" i próby przewidywania potencjalnych stanów emocjonalnych, jak również potrzeb, czy myśli rodzica w celu zapobiegania jego nieaprobowanym zachowaniom określane jest mianem **hipermentalizacji**, które zostało przedstawione w części teoretycznej pracy.

W omawianym chaosie emocjonalnym członkowie rodziny alkoholowej **poszukują czegoś, co da im chwilowe poczucie bezpieczeństwa, co będzie wyznacznikiem chociaż chwilowej stabilności bądź tego, co będzie stanowiło zapowiedź zbliżającego się niebezpieczeństwa i możliwości przygotowania na nie**. W przypadku moich rozmówców bardzo często takim drogowskazem był zegar bądź charakterystyczne odgłosy.

[Piotr] *No i martwiliśmy się, nie wiem, gdzieś... Pamiętam, że mama patrzyła na ten zegar, czy przyjdzie punktualnie, czy niepunktualnie, to było dla niej pewnie też jakoś tam trudne.*

[Klaudia] *Jak nie było ojca, to… Jak na początku, gdzieś tak była wiesz, jak była na przykład wczesna godzina, czy coś, czy byłyśmy z mamą w pracy, to zupełnie inaczej się zachowywała, niż w domu, gdzie cały czas jednak było takie spięcie, było patrzenie na zegarek. Jak gdzieś się pojawiały jakieś kroki, to po prostu było widać po niej takie spięcie.*

Wspomniane **wskaźniki ewentualnej konfrontacji z (nie)trzeźwym rodzicem wyznaczały określone reakcje moich rozmówców i pomagały im przygotować się do ewentualnego niebezpieczeństwa**.

[Alicja] *Jak się zbliża godzina, kiedy ojciec wracał z pracy, no to już mi się to pogotowie włączało, nie… Jaki przyjdzie, co się będzie działo. Czy się chować, czy iść i się nie chować, czy zdążę się schować. Schody piszczą TAK albo TAK. Jak TAK, to idzie pijany, idzie wypity, a jak TAK, to idzie trzeźwy- to się rzadko zdarzało wtedy. Więc takie, takie też rozpoznawanie, umiejętność przewidywania, bo pewne rzeczy były powtarzalne i one komunikowały coś. No na przykład piszczenie schodów, to skrzypienie takie a nie inne schodów sprawdzało się, że wtedy przychodził nawalony, jak autobus i był gnój, nie. Więc, jak później nauczyłam się odczytywać, to jak było to, to już spierdzielałam, chowałam się i modliłam się, żeby mu się nie przypomniało, że ja żyję w ogóle, że jestem. To już po prostu. No. Ale to napięcie właśnie związane z takim poczuciem zagrożenia i trzeba być czujnym, trzeba być gotowym, żeby się bronić albo uciekać albo... Jak masz te trzy instynkty, uciekać, walczyć albo stupor. To to jest coś, co ja tak oprócz lęku, to najbardziej pamiętam.*

W przypadku Uli, gwizdanie jej ojca zostało zakodowane jako coś przyjemnego, wprawiającego ją w dobry nastrój i dającego jej poczucie bezpieczeństwa. Oznaczało bowiem, że jest on w dobrym humorze, a jej samej nic nie grozi.

[Ula] *Jak tata gwizdał, to był dla mnie sygnał, że jest w dobrym humorze i raczej nic mi nie grozi. Więc czułam wtedy taką ulgę.*

Potrzeba sprawowania kontroli

W konsekwencji częstego doświadczania zawodu ze strony bliskich osób, u dzieci i adolescentów z rodzin alkoholowych powstaje „**silna potrzeba kontrolowania sytuacji, bez względu na składane przez innych deklaracje**" (A. Margasiński 2011, s. 96). Jak wskazuje Zofia Sobolewska, dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wielokrotnie doświadczają braku

poczucia kontroli nad sytuacjami mającymi miejsce w domu. W panującym chaosie i ciągłej niepewności i nieprzewidywalności „nabierają przekonania, że od powodzenia tych prób (sprawowania kontroli) zależy nie tylko ich własne bezpieczeństwo, ale i poprawa funkcjonowania całej rodziny. **Możliwość wpływania na otoczenie staje się dla nich bardzo ważna**" (Z. Sobolewska 2000, s. 14).

Wyraźnie zaakcentowała to Grażyna.

[Grażyna] *Czyli tych huśtawek, nastrojów, czyli albo jestem w piekle, albo jestem w niebie. Tego strachu, że nie wiem, że wymknie mi się wszystko spod kontroli.*

Potrzeba kontroli może być ukierunkowana **na określoną sytuację w rodzinie bądź na własne funkcjonowanie**. Nieważne, co jest kontrolowane, ważne, że wychowanek rodziny alkoholowej ma nad czymś sprawczość. Tak było w przypadku Uli oraz Anity.

[Ula] *Więc przypuszczam, że dla tych koleżanek i nauczycieli, to tak wyglądało, że póki jest dobrze, mój zbudowany przeze mnie świat jest pod moją kontrolą, to po mnie tego nie widać.*

Anita miała silną potrzebę kontroli własnego ciała, co doprowadzało ją do **zachowań autodestrukcyjnych**.

[Anita] *Więc ja zalewam sobie żołądek wodą. I tak, od tego wszystkiego czasami zdarzało mi się mdleć, jakieś tam problemy i wtedy było takie: o! Muszę coś zjeść. Czy też mój związek mi to naprawił, bo na przykład: >>jadłaś coś?<< - Kontrola. To jest jedyna kontrola, jaką miałam w życiu. Wobec tego, jakoś wcześniej nikt na to nie patrzył.*

Takie zachowania spełniały określoną funkcję w systemie rodzinnym: **zwracały uwagę na problemy Anity i chociaż chwilowo odwracały uwagę od choroby alkoholowej jej ojca**.

[Anita] *To jest kontrola pozytywna, w sensie: o! Ktoś się w chacie martwi. Wow, to jest coś. Coś nowego, po prostu.*

U Uli, u której potrzeba kontroli była równie silna, co u Anity, spełniała inną funkcję - redukowała jej strach. Możliwość kontrolowania czegokolwiek, w tak chaotycznym i nieprzewidywalnym systemie jakim jest system alkoholowy, pozwala jego członkom poczuć się chociaż przez **chwilę bezpiecznie, ponieważ daje im co najmniej chwilową sprawczość i możność wpływania na przebieg zdarzeń**.

[Ula] *Znaczy, ja wiem tak, że jeżeli kontrolowałam coś, czy w domu, czy kontrolowałam sobie stopnie, to wtedy ja zmniejszałam swój strach. I tutaj ta kontrola też powodowała, że ja, dla mnie kontrola, to jest stanie mocno na ziemi.*

Z kolei brak poczucia kontroli wywoływał **obawę o własne życie, sprawczość i poczucie tożsamości**.

[Ula] *Jeżeli ja odpuszczę lub popuszczę, to co się ze mną stanie? Tak, rozglabię się, tak wiesz, kontury stracę. Nie będę taka wyraźna i taka, którą można zauważyć i która może czegoś dokonać. I też jest w miarę bezpieczna. To znaczy, bo jest taka silna, mocna.*

Ula odczuwała bardzo silną potrzebę kontroli tego, co dzieje się w domu, ponieważ wówczas miała przeświadczenie, że **uniknie kłótni**.

[Ula] *Wbrew pozorom ja się czułam, że mogę, że jest teraz dobrze, że tak powinno być. A tam w domu, gdzie robiłam coś za siostrę, albo poprawiałam to, co ona robi, to ja zwiększałam prawdopodobieństwo, że to będzie dobrze posprzątane i że nie będzie awantury. Więc za każdym razem to dawało mi poczucie takiej kontroli, i wydaje mi się, i chyba to jest takie logiczne, że kontrola, to się równa dla mnie poczucie bezpieczeństwa. A nikt nie chce zrezygnować z poczucia bezpieczeństwa.*

Jednak silna kontrola **zabija spontaniczność i beztroskość** tak charakterystyczne dla okresu dzieciństwa.

[Ula] *Nie było żadnych szalonych wyjść. Jak była jakaś dyskoteka w szkole, to pamiętam, że tata nie kazał mi na jedną pójść, bo wrócę z brzuchem, przy czym ja byłam chyba jeszcze na etapie, że nie wiedziałam skąd są dzieci i tego też dowiedziałam się bardzo późno, no i w niefajny sposób. Więc po tym, jak mi nie pozwolił wyjść, to ja później już wychodziłam albo kłamałam, że idę do koleżanki i wychodziłam, albo po prostu, to było takie niefajne, bo wszyscy mogli zostać dłużej a ja musiałam bardzo wcześnie zawsze w domu z siostrą, tak, że było pilnowanie zegarka, żeby być na czas w domu. Nie spóźniałam się nigdy, nie było opcji żebym się spóźniła. Tata wyznaczał godzinę.*

Kontrola w rodzinie alkoholowej jest czymś, co odnosi się zarówno do funkcjonowania jednostki, jak również całego systemu rodzinnego. Z jednej strony mówi się o braku kontroli osoby uzależnionej nad ilością spożywanego alkoholu, z drugiej strony często ona sama, jak również towarzyszące jej osoby, chcą kontrolować tę chorobę. Omawianym próbom kontroli towarzyszy przestrzeganie zasad, które, paradoksalnie, utrudniają zdrowienie całego systemu rodzinnego.

8.1.3.2. Zasady panujące w rodzinie alkoholowej

W wyniku doświadczania szeregu bardzo trudnych zdarzeń, w rodzinie alkoholowej łatwiej jest…

… nie ufać

„Nie ufaj" jest jedną z trzech niepisanych i niemówionych zasad w rodzinie alkoholowej, która wynika z życia w ciągłym chaosie i doświadczania szeregu zawodów ze strony zarówno pijącego, jak i trzeźwego rodzica. „**Niespełnione obietnice, niedotrzymane umowy, zagubienie dorosłych, niespójność ich działań, niekonsekwencje wychowawcze - wszystko to nie sprzyja kształtowaniu się orientacji i ufności**" (W. Sztander 2006, s. 11).

„W rodzinie alkoholowej podważa się u dziecka zaufanie do własnych przemyśleń, przeżyć, a nawet wrażeń zmysłowych" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 25).

Grażyna wskazała na silną **niespójność zachowań nieuzależnionej matki oraz jej przekazu wobec dzieci, by słuchały taty, nawet wówczas, gdy ten zaprzecza jawnie widocznej przemocy stosowanej przez teściową wobec niej (swojej żony)**. Takie postępowanie mogło doprowadzić do wykształcenia u Grażyny **braku zaufania do samej siebie i własnych przekonań**, ponieważ to, co otwarcie określa stosowaniem przemocy wobec drugiej osoby, jest negowane przez jej uzależnionego ojca.

[Grażyna] *Tata po prostu był, a mama… Do pewnego czasu mówiłam jej wszystko, opowiadałam jej o wszystkim. Dopóki nie skapnęłam się, że to, co ona ode mnie wie, wykorzystuje przeciwko mnie. Zresztą, tata tak samo, jeżeli coś się dowiedział (…). No i oczywiście mama się też nigdy, nigdy o to nie odzywała, bo jak tatuś coś powiedział, to nawet jak coś było złego, nie powinna się zgodzić, to i tak zawsze się zgodziła i potem przytakiwała. Mamy słuchać taty. Tata wyjdzie, to sobie pindoli na temat taty, jaki on to jest, nie jest. A przy nim oczywiście: >>tak, macie słuchać taty<<. Tak samo, jak mam przeprosić babcię, ale widziałam, jak babcia popycha, bije. Jak powiedziałam to kiedyś tacie, to tatuś powiedział, żebyśmy takich rzeczy nie mówili, bo nam ręce uschną, jak my będziemy mówić, że babcia bije, a tym bardziej mamę. Przecież to jest niemożliwe. Przecież to jest święta kobieta. Jak mama pierwszy raz nie wytrzymała i mu powiedziała o tym, co babka robi, jego własna mamusia, to on nie uwierzył i powiedział, że kłamie, żeby lepiej przestała, bo na starszych nie wolno, bo się w piekle będzie smażyć. Więc mama zawsze była… niby się odzywała, niby ona ma swoje zdanie, niby, niby,* niby, niby, niby.

Ula podkreśliła, że w jej rodzinie **poczucie bezpieczeństwa było zależne od tego, który pokój w mieszkaniu zajmuje jej ojciec. Bycie w określonym miejscu często wskazywało jego stan (nie)trzeźwości. Rygorystyczne przestrzeganie danego porządku w realizowaniu obowiązków domowych pozwalało także im czuć się w pewnym stopniu bezpiecznie**. Niemniej jednak zawsze coś mogło sprawić, że ten się zdenerwuje, co doprowadzi do kłótni w domu. Ula musiała być **nieustannie czujna, kontrolująca siebie i to, co należało do jej obowiązków. Nieprzewidywalność w zachowaniach ojca podważała jej zaufanie do niego.**

[Ula] *To było raczej takie nieoczekiwane. Generalnie w domu miał być porządek, nie wolno było mu przeszkadzać. Nie wolno było robić niczego, co by mu przeszkadzało. Najbardziej przeszkodzić hałasem. Generalnie, siedziałyśmy w swoim pokoju. W naszym mieszkaniu były właściwie takie strefy. Tata zajmował dwa pokoje, jeden, to był taki jego pokój, gdzie był zamknięty, jak był trzeźwy, a jak był pijany, to właśnie tam pił, no i tak zwany duży pokój, w którym on siedział i oglądał telewizję, no i siedział tam cały dzień. A my we trzy z siostrą i mamą miałyśmy trzeci pokój. Także jak się nie czepiał tych stref, w sensie nikt nie wchodził mu w drogę, na przykład w sobotę rano nie można było wejść do łazienki, bo to*

była jego pora kąpieli, no to jak się tego człowiek trzymał, sprzątał po sobie, nie pozostawiał bałaganu, no to można było w miarę czuć się bezpiecznie, chociaż nigdy do końca to nie było bezpieczeństwo. Ale przede wszystkim, musiało być czysto, porządek i nie wolno przeszkadzać.

Ursula Lambrou, jako przeszkody w rozwoju zaufania u dzieci, wskazuje **wszelkiego rodzaju przekraczanie ich granic, np. tych wiążących się z wykorzystywaniem seksualnym, przemocą psychiczną oraz fizyczną** (A. Margasiński 2010, s. 96).

[Ula] *Gdy był pod wpływem alkoholu, to tak, zaczynał pić, to chodził taki podchmielony parę dni i wtedy się go najbardziej bałam, bo to był taki moment, wtedy tata potrafił nawet wziąć nóż i na mamę ruszyć, wołać o pieniądze i męczyć ją o te pieniądze, aż mama zamykała się z nami w pokoju i my w tym wszystkim uczestniczyłyśmy. To było najgorsze.*

[Krystyna] *Tej atmosfery okropnej w chacie, że zaraz matka będzie w złym humorze, że będzie go biła, będzie na niego krzyczała. Potem tata się kładł pijany w salonie, matka była w kuchni najczęściej albo szyła, albo coś… Albo go wywalała do sypialni, a sama siedziała w salonie i patrzyła w telewizor i na drutach coś robiła. A myśmy były generalnie same sobie zostawiane, bo jak tata był tam w tym dużym pokoju, to my żeśmy czasem jeszcze na telewizor poszły, bo on tam spał wtedy już najczęściej. Ale generalnie to bałyśmy się tej całej atmosfery, że to po prostu będzie do dupy.*

Niemożność zaufania bliskim osobom z powodu wielokrotnego doświadczania zawodów w relacjach z nimi, rzutuje na występowanie wielu nieprzyjemnych emocji u dzieci z rodzin alkoholowych. Czasami te emocje są tak intensywne i trudne, że łatwiej jest im…

… nie czuć

„Nie czuj"- kolejna zasada w rodzinie alkoholowej - z jednej strony chroni dzieci przed doświadczaniem niezwykle bolesnych uczuć, z drugiej, „**zbyt często powtarzana, rodzi groźbę odłączenia się od świata własnych emocji i utraty prawdy o najgłębszych poruszeniach swego serca**" (W. Sztander 2006, s. 13). Zofia Sobolewska określa tę zasadę „**zamrożeniem uczuć**", wskazując, że jest ona mechanizmem obronnym, który polega na tym, że „**tłumi się własne uczucia - zarówno pozytywne, jak i negatywne - nie rozpoznaje się ich i nie okazuje**" (Z. Sobolewska 2000, s. 12).

Moi rozmówcy wskazywali albo na dużą **trudność w przywoływaniu jakichkolwiek emocji towarzyszących im w okresie dzieciństwa i adolescencji, albo potrafili wskazać wyłącznie na uczucie strachu i smutku**.

[Sławek] *A czy ja wiem. Czy ja pamiętam, co ja czułem? To też był jakiś tam okres buntu, ale też chciałem powiedzieć, okres tego zakochiwania się, co rusz, zainteresowania w ogóle dziewczynami. (…) Jak się czułem? Kurczę, wiesz co… Poza różnymi zawodami miłosnymi, poza tymi kłótniami z moją matką głównie, bo tam ojciec rzadko wkraczał, czasem matka nie mogła sobie dać rady, to wiesz, jakoś go tam nastawiała. Sam nie wiem…*

[Ula] *Taka ciągła niepewność, czy coś zrobię dobrze i to dotyczyło i tego, jak się ubiorę, czy wszystko spakuję. Trudno jest mi mówić o uczuciach i emocjach, bo ja nie widzę, oprócz tego strachu, nie widzę tutaj jakichś emocji.*

[Grażyna] *Więc w sumie, to, co czuć, to nie wiem, ale wiem, że dużo razy płakałam.*

„Zamrożenie uczuć", czyli „**zafałszowanie ich i odepchnięcie grozi utratą prawdy, w tym utratą kontaktu z samym sobą**" (W. Sztander 2006, s. 13).

Podkreślił to w swojej wypowiedzi Damian.

[Damian] *Nigdy nawet mi do głowy nie przyszło, że mogę coś czuć, myśleć, wiesz, po swojemu.*

Ponadto „**zafałszowanie wewnętrznej rzeczywistości powoduje osłabienie lub wyłączenie czujnika emocjonalnego niezbędnego w dalszym życiu do orientacji w świecie i w sobie samym**" (W. Sztander 2006, s. 13). Damian wskazał, że jego uczucia były tak bardzo „zamrożone", że nie potrafił stwierdzić, czy coś lubi, czy czegoś nie lubi. Odniesieniem do **funkcjonowania w otaczającej go rzeczywistości byli inni ludzie, których zdaniem kierował się w życiu**. Damian prezentuje więc **„postawę dezorientacji w rozumieniu siebie i dezintegracji poczucia tożsamości**" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 69).

[Damian] *Zawsze wzorowałem się na innych i to we wszystkim, od opinii, czy mi się coś podoba, czy nie, przez nawet jakieś… czy to mówimy o jakimś smaku, o muzyce, o, nie wiem, o wyglądzie danej dziewczyny, ładna/ nieładna. Po prostu byłem taki zahukany, czyli nie potrafiłem niczego sam, myślę, robić.*

[Grażyna] *Chyba wszystkie zabiłam* (uczucia) *i żadnych nie czułam (…). Dużo razy biegaliśmy wszyscy razem, w piątkę, do lasu po to, żeby krzyczeć. Później na terapii wyszło, po co krzyczeliśmy, żeby wykrzyczeć to, co w domu nie wolno powiedzieć, nie wolno zrobić.*

Omawiane zamrożenie uczuć może odnosić się zarówno do funkcjonowania w domu rodzinnym i niedoświadczania trudnych sytuacji, ale również wobec określonych osób z rodziny.

Jedna z moich rozmówczyń, Anita, wyraźnie podkreśliła fakt **braku odczuwania zarówno przyjemnych, jak i nieprzyjemnych uczuć wobec swoich rodziców i dwójki rodzeństwa.**

[Anita] *Uczucia wobec moich rodziców nie istniały. W sensie, nie miałam uczuć wobec rodziny, bo tak, jak mówiłam, nie zostały one we mnie zaszczepione. Dlatego na przykład, jak przyjeżdżał mój brat, to było takie: ok, przyjeżdżał brat. Jedyne takie pozytywne w miarę emocje, jakie pamiętam, to były wobec psa. Mieliśmy tam jakieś koty i psy. Jednego psa, przepraszam. Więc, to były takie fajne, pozytywne emocje. A ja natomiast wobec mojej rodziny nie pamiętam niczego i w dniu dzisiejszym się utrzymuje, że nie bez powodu nie potrafiłabym powiedzieć, że mi zależy, bo mi totalnie na nich nie zależy. Poza*

tym najstarszym bratem, bo tak jakoś bardziej jesteśmy z sobą zżyci, natomiast poza tym, nie mam kontaktu z moimi braćmi, tymi dwoma ostatnimi, praktycznie.

Wymienionym wyżej dwóm zasadom wtóruje ostatnia, która dopełnia trójkąt niewerbalizowanych reguł panujących w rodzinie alkoholowej, przyczyniających się do utrzymywania jej *status quo*. Jest nią zasada…

… nie mów

Zachowanie milczenia odnosi się do **trudnych wydarzeń mających miejsce w domu rodzinnym, w szczególności w odniesieniu do choroby alkoholowej jednego z członków systemu rodzinnego, ale również do „bezwzględnego zachowania milczenia o tym, co dziecko przeżywa i czego doświadcza w rodzinie**" (T. Bach-Olasik 1996, s. 21). Omawiane milczenie ma być respektowane zarówno w granicach systemu rodzinnego, jak również poza nim.

[Ula] *Ale nie rozmawiało się, u nas w domu było tak bardzo bez emocji. Jak tata coś chciał, czy od mamy, to po prostu tego żądał i już.*

[Grażyna] *Nic z tym nie robiłam. Na pewno tego nikomu nie wypuszczałam, nikomu nie opowiadałam, nic.*

[Piotr] *Nie, żebym się jakoś zwierzał jakoś z tych problemów i tak dalej albo… Nie, to jakoś tam nie było widziane. Zresztą, mama mówiła, że za dużo nie mówi się, co się dzieje w domu- nie powinno się mówić.*

Damian podkreślił, że zasada „nie mów" była w jego rodzinie **podtrzymywana tworzeniem iluzji dobrej i szczęśliwej rodziny przed innymi ludźmi**.

[Damian] *Kojarzę kłótnie. Gdzieś tam potrafili się dobrze bawić, przy jednym, przy drugim balecie. Często jacyś goście byli w domu, no to wtedy wszystko było dobrze i wszyscy uśmiechnięci i tak dalej. Ale ona wiesz, tak grała, ale jednak my wiedzieliśmy więcej. To powodowało jakiś większy niesmak. Wiesz, było parcie na to, żeby mieć normalną rodzinę, żeby tam wszystko było ok i tak dalej.*

Przerwanie milczenia mogło skutkować konsekwencjami w postaci **przemocy fizycznej, jak również psychicznej**.

[Krystyna] *I generalnie panowała w domu atmosfera, cisza, nie odzywać się, lepiej ogon pod siebie schować, bo jak się wylezie, to się dostanie po głowie. No matka tam ojca nawet, jak przychodził pijany, to biła go, nawet kopała go, biła go. Musiał spać osobno, nie mógł spać w sypialni wtedy. No i no, tak, to tak to było. Potem takie nieodzywanie się, ciche dni były przez jakiś czas.*

Skoro nie można mówić o tym, jak naprawdę jest w domu, „**enigmatycznie mówi się o złym samopoczuciu, niedyspozycji czy złej kondycji. W domu powieszonego nie rozmawia się o sznurze**" (W. Sztander 2006, s. 11).

[Alicja] *A że tata miał delirium tremens, po złamaniu nogi w szpitalu, to jakby olśniło mnie dopiero, jak zaczęłam pracować na neurologii, jako już pielęgniarka i widziałam, to delirium tremens. To dopiero mi się klatki poskładały, a mama mnie kłamała na różne sposoby, żeby nie powiedzieć prawdy.*

[Katarzyna] *I nie dał sobie powiedzieć* (ojciec)*, że to jest alkoholizm. Absolutnie nie. Cały czas podkreślał, że ona ma chory żołądek, a na żołądek najlepsze jest piwo, bo się musi odbić. I ja nawet jak w tym 2009 roku poszłam na terapię i go poinformowałam, że idę na terapię, bo to, że mama wzięła młotek i rozbiła swoją wspólnotę majątkową, jakim jest jedyny samochód na stanie, to chyba coś jej się z głową porobiło. >>A gdzie ty idziesz?<<- >>Do poradni uzależnień<<. I padła pierwszy raz ta nazwa. I ojciec mówi: >>tylko pamiętaj, że mama ma przede wszystkim chory żołądek<<.*

* * *

W każdej rodzinie alkoholowej obowiązuje przestrzeganie przez jej członków trzech zasad: nie ufaj; nie czuj; nie mów. Stanowią one pochodną specyfiki relacji wewnątrz rodziny.

Jak wynika z narracji moich rozmówców, zasada „**nie ufaj**", będąca „konkluzją wynikającą z życia w chaosie i intuicją wobec urazów, jakie niesie życie" (W. Sztander 2006, s. 11), była przez nich intensywnie przestrzegana. Jak wielu wskazywało, mieli trudność w zbliżeniu się zarówno do uzależnionego rodzica, ale często także do rodzica nieuzależnionego, ze względu na dychotomiczność i nieprzewidywalność ich zachowań. Brak zaufania wobec najbliższych osób był również wynikiem stosowania podwójnego komunikatu przez rodziców w relacji ze swoimi dziećmi.

Kolejną zasadą, która była przestrzegana w rodzinach moich rozmówców, była zasada „**nie czuj**", ponieważ „**ze względu na bolesność wielu doświadczeń pojawia się znieczulenie emocjonalne, będące naturalną ochroną przed odczuwaniem przykrych i bolesnych emocji**" (B. Kałdon 2015, s. 98). Rozwój sfery emocjonalnej jest bardzo istotny w prawidłowym funkcjonowaniu jednostki i realizowaniu przez nią określonych zadań rozwojowych. Badani podkreślali, że często nie potrafili sami zweryfikować, co czują, co lubią, a przewodnikiem i lustrem w otaczającej rzeczywistości musiały być osoby z zewnątrz. Można stwierdzić, że częściowo takie funkcjonowanie jest pochodną przestrzegania zasady „nie ufaj" (nie ufaj również samemu sobie), ale także konsekwencją trudności w doświadczaniu emocji przyjemnych i tym samym rozwoju w tej sferze.

Ostatnia z wyróżnionych zasad: „**nie mów**", ma za zadanie zagwarantować nieingerencję osób z zewnątrz w funkcjonowanie systemu alkoholowego, czyli nie dopuszczenie do zmian w ramach jego granic. Moi rozmówcy podkreślali, że albo w ogóle nie mówiono nikomu o tym, jakie trudności przeżywają członkowie rodziny, albo w interakcji z ludźmi spoza jej granic tworzono iluzję dobrze funkcjonującego systemu rodzinnego. Rodzice

moich rozmówców byli tak zdeterminowani, by **omawiana zasada była przestrzegana, że jej ewentualne złamanie groziło przekroczeniem granic indywidualnych dzieci - zastosowaniem wobec nich przymusu za pośrednictwem przemocy fizycznej i/ lub psychicznej**.

Głównym celem wyżej wyróżnionych zasad panujących w rodzinie alkoholowej jest zachowanie *status quo* systemu rodzinnego i utrudnienie bądź uniemożliwienie wprowadzenia jakichkolwiek zmian w jego funkcjonowaniu. W rezultacie bardzo często granice zewnętrzne systemu rodzinnego borykającego się z problemem alkoholowym są zamknięte, a granice wewnętrzne chaotyczne i niejasne.

8.1.3.3. Granice zewnętrzne oraz wewnętrzne w rodzinie alkoholowej

Dla rodzin, w których członkowie mają możliwość pełnego rozwoju i realizacji określonych zadań rozwojowych bez wpływu na ich dobrostan psychiczny, charakterystyczne są „**granice elastyczne, zapewniające członkom rodziny poczucie rodzinnej wspólnoty i jedności, tożsamości, a jednocześnie umożliwiające adekwatne przystosowanie się do nowych sytuacji, zadań i stresów wynikających z relacji z otoczeniem**" (A. Margasiński 2011, s. 35). Z kolei cechą charakterystyczną rodziny dysfunkcjonalnej, w tym rodziny alkoholowej, są „**zatarte i splątane albo sztywne i nieprzepuszczalne granice interpersonalne. W takiej rodzinie nie jest możliwa intymność, ponieważ nikt nie jest pełną, spójną osobą, która może wejść we właściwe relacje**" (M. Ryś 1998, s. 65).

Granice zewnętrzne - oby nikt się nie dowiedział…

Odwołując się do jednej z wyżej przytoczonych zasad „nie mów", rodzina alkoholowa nie informuje osób postronnych o trudnościach, z którymi się boryka. Najczęściej „**przestaje zapraszać gości, bo wstydzi się tego, co mogą zastać w domu**" (W. Sztander 2006, s. 14). Jej granice zewnętrzne są zamknięte i nieprzepuszczalne. Kontakt ze środowiskiem spoza systemu rodzinnego staje się bardzo ograniczony.

Zaakcentowali to w swoich wypowiedziach między innymi Grażyna, Konrad oraz Adam.

[Grażyna] *Może przez wiele lat nie zapraszałam koleżanek, bo w podstawówce, to jak mama pozwoli, to zaproszę, jak nie pozwoli, jak nic nie powie, to nie zaproszę, więc w podstawówce nie zapraszałam, bo mama mi nigdy nie pozwalała.*

[Konrad] *Jeżeli mam być szczery, rzadko zapraszałem, nie chciałem zapraszać do siebie znajomych, z wiadomych względów, natomiast nie garnąłem się, żeby też do kogoś iść. Byłem taki jakiś pasywny względem tego, wolałem jednak przebywać w swoim otoczeniu, w swoim takim zamkniętym nieco świecie. Możliwe, że to się też z tego brało.*

[Adam] *Ja nigdy nie zapraszałem nikogo ze znajomych do domu, zawsze u kogoś tam spędzałem czas, czasami weekendy, noce spędzałem i tak dalej.*

Najczęstszym powodem niechęci przed zapraszaniem kogokolwiek do domu, według moich rozmówców, był **wstyd z powodu nietrzeźwego rodzica**.

[Ula] *No i tak, jak rzadko do nas przychodzili goście, rzadko też zapraszałam do siebie jakichkolwiek ludzi. Więc, jak byłam nastolatką, to też generalnie bardziej lubiłam wychodzić, być u kogoś, nie zapraszałam do siebie, bo jak tata był trzeźwy, to mogło mu to przeszkadzać, a jak był pijany, to wstyd, że jest pijany. Nawet, jak go nie widać, to w każdej chwili mógł wyjść.*

[Krzysztof] *Z wyjątkiem dni, kiedy tata pił, to się czułem dobrze, bo najgorsze było, jak chciałem kolegów i koleżanki zaprosić i jeszcze wiedziałem, że taty nie ma. Czyli zapraszam ich jeszcze przed przyjściem ojca, to wtedy nie mogłem się skupić na tym, żeby z nimi porozmawiać, tylko gdzieś myślami uciekałem, patrzyłem na zegarek, no, to było niefajne. Nieraz przyszedł TAKI* (pod wpływem alkoholu)*, to wtedy ucieczka z domu, wychodziłem, albo coś takiego (...). Miałem trudność, by kogokolwiek zaprosić do domu. Lepiej mi było zapraszać kogoś, kto już poznał moją rodzinę, bo wiadomo, miałem trudność. Częściej ja do kogoś chodziłem.*

Zamknięte granice zewnętrzne, brak interwencji osób z zewnątrz, pozwalają **utrzymać tożsamość alkoholową i znacznie utrudniają wprowadzenie zmian w funkcjonowaniu rodziny** (A. Margasiński 2011, s. 47-50).

Zaakcentowała to w swojej wypowiedzi Krystyna, która podkreśliła, że jej matka nie zapraszała przyjaciół, by ci nie zauważyli jej nietrzeźwego męża. W ten sposób **nieświadomie chroniła go przed konsekwencjami swojego uzależnienia - dezaprobatą ze strony osób z zewnątrz.**

[Krystyna] *A jeszcze właśnie matka nie zapraszała koleżanek do domu, bo się bała cały czas, że ojciec dzisiaj przyjdzie pijany i to też wstyd było. Także też nie miała znajomości ani nic.*

Granice wewnętrzne w rodzinie alkoholowej

O ile najczęściej w rodzinie alkoholowej granice zewnętrzne są zamknięte i nieprzepuszczalne, o tyle granice wewnętrzne są chaotyczne i niejasne, a członkowie rodziny „**wchodzą wzajemnie w swoje psychologiczne terytoria**" (E. Włodarczyk 2016, s. 46). O granicach rozmytych można mówić wówczas, „kiedy poszczególni członkowie rodziny stanowią niemalże całość (myślą to samo, robią to samo, wiedzą, co myślą inni) relacje rodzinne nadają strukturze charakter >>splątania<<" (W. Świętochowski 2014, s. 29).

O wikłaniu w relacji z rodzicem wspomnieli Konrad, Piotr oraz Anita.

[Konrad] *Mama oczywiście chciała jak najlepiej, jak najwięcej, nie zawsze z tym to się... i do tej pory jej to zostało, nie zawsze z tym, co ja bym chciał.*

[Piotr] *Moja mama tak mocno chciała mnie kontrolować. Wszystko musiałem jej mówić i często robić, jak ona chciała, żebym coś robił, a nie, jak ja chciałem.*

[Anita] *I moja relacja z matką była fizyczna, po prostu potrzebowałam mamy, żeby być, bo ona była za mnie odpowiedzialna i ona mnie czegoś tam uczyła, ona była osobą dorosłą, wiec ja ją trzymałam, jakby za rączkę cały czas. Trzymałam ją za rączkę cały czas, na jej podstawie coś tam uczyłam, czy ona musiała mnie odprowadzić, więc była.*

W przypadku granic wewnętrznych rodziny alkoholowej charakterystyczny jest „**brak wyważonej odpowiedzialności. W jej miejsce pojawiają się skrajności: albo jest nadmierna albo odrzucona**" (E. Włodarczyk 2016, s. 46).

O **nadodpowiedzialności i niekiedy wyręczaniu w obowiązkach** przez trzeźwego rodzica wspominała Gosia.

[Gosia] *Czułam się może osaczona, to takie trochę negatywne dla mnie stwierdzenie, aczkolwiek, no taka byłam, aż za mocno, że tak powiem, zaopiekowana. Chciała bardzo wiele za mnie rzeczy robić, nie wiem, wkurzałam się, że sprzątała mi w liceum pokój, przynosiła obiady i takie różne.*

Z kolei Ula wyraźnie zaakcentowała przejawy **odrzucenia odpowiedzialności** przez swojego trzeźwego rodzica - matkę.

[Ula] *Mama, to jest w ogóle druga historia. Moja mama odkąd… znaczy, przy odpowiednich okazjach, często powtarzała, że jej się coś z życia należy. Więc potrafiła się też zachować bardzo nieodpowiedzialnie i to jest skomplikowane. W każdym razie, moja mama miała dość dużo, dużo – miała takie wypady, że poszła do pracy we wtorek i wróciła dopiero w środę po pracy. Nie powiedziawszy nam, gdzie jest. Nie było jeszcze telefonu, ani komórek. W ten sposób potrafiła się zachować. Mnie się wydaje, że mama po prostu robiła to wszystko, no nie wiem, czy ze strachu.*

8.1.3.4. Parentyfikacja

Odrzucenie odpowiedzialności przez rodziców, pozostawienie dziecka samemu sobie może skutkować destrukcyjną parentyfikacją. Badania porównawcze realizowane na grupie dzieci osób uzależnionych od alkoholu z dziećmi rodziców nieuzależnionych pokazują, że w tej pierwszej grupie wskaźnik parentyfikacji jest znacznie wyższy[148] (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 127). „**Parentyfikowane dziecko zaspokaja potrzeby bliskich, nie mając zaspokajanych potrzeb własnych, często doświadcza deficytu uczuć i uwagi ze strony opiekunów, a zadania mu powierzane są nieadekwatne do jego możliwości rozwojowych. Zwykle też nie ma możliwości ani przyzwolenia na wyrażanie własnych**

[148] Należy zaznaczyć, że mimo iż badania pokazują, że wyższy poziom parentyfikacji występuje u dorosłych dzieci alkoholików aniżeli u dzieci z rodzin niealkoholowych, to „nie jest czymś typowym dla rodzin z problemem alkoholowym, a jej mechanizmy powstawania są złożone, silnie powiązane z więziami w rodzinie i funkcjami rodzicielskimi" (K. Gąsior 2012, s. 87).

uczuć i sądów w sprawie powierzanych mu obowiązków" (J. Żarczyńska-Hyla, B. Zdaniuk, J. Piechnik-Borusowska, E. Karcz-Taranowicz, B. Kromolicka 2016, s. 201).

Wspominając okres dzieciństwa i adolescencji, o przejawach parentyfikacji mówili Ula, Alicja, Krystyna, Grażyna oraz Damian.

[Ula] *Nie wyobrażam sobie, że coś ze sobą uzgadniali* (rodzice). *Do mojego szóstego roku życia moja mama pracowała w domu, mieszkaliśmy w starym mieszkaniu z dziadkiem przed moim pójściem do zerówki i przeprowadziliśmy się na mieszkanie, gdzie mieszkaliśmy tylko sami, bo tamto było dziadka, no i od tej pory, mama poszła do pracy, no i ja pamiętam, że chodziłam po prostu sama. Także trzeba było mnie odebrać z zerówki. Mogłam przyjść sama, odebrać musieli rodzice. Były takie dni, kiedy czekałam bardzo długo, byłam już sama i na przykład tata się pojawiał. Więc, jak się dowiedział, że jednak on, to nie wiem, to się działo poza mną… I ja i siostra… Ja mam takie poczucie, że wszystko same robiłyśmy. Jak chciałam, żeby być fajnie uczesana, to pukałam do sąsiadki, pani Krysi nieocenionej, czy mnie uczesze. Tatę nie interesowała w ogóle kwestia szkoły. Znaczy, on się interesował czasami, tylko wtedy, rano wstawał i mówił, że musimy iść do lekarza. Wcale nie byłam chora, to szedł do lekarza, pani, nie wiem, jak się z nią dogadywał, bo oświadczała, że jestem chora, no i dawała mu opiekę na mnie. Tak, żeby on miał podkładkę, czemu go nie było w pracy. No i tyle, po co do lekarza?- właśnie po to.*

[Alicja] *Ale generalnie, odkąd jakoś tak ogarniałam różne rzeczy, no, to jak coś chciałam, to musiałam sobie iść zarobić. No, to na przykład, takie, kiedyś były, jak chodziłam do podstawówki, to nie wiem, siódma klasa albo szósta, to takie weszły, takie chyba z Niemiec, taka moda na jeansy, z tymi fajnymi kieszeniami takie... To się wtedy wycierusy na to mówiło, nie jeansy. No i tak mi się spodobały. No, to sobie w wakacje chodziłam do cebuli, wyrywać cebulę na przykład na pole albo hakać jakieś tam buraki albo coś. No i w taki sposób sobie tam na to zarabiałam, nie. Czasami ktoś mi coś dołożył, ale tak, żebym dostała tak wow, na coś, to nie (...). Mam sobie sama radzić. Generalnie: >>Nie masz rąk?<<. Coś tam kiedyś przyszłam, że mnie pobił kolega, no to usłyszałam od mojej mamy, że >>A co ty, rąk nie masz? Nie umiesz sobie sama poradzić?<<.*

[Krystyna] *I pamiętam nawet kiedyś taką sytuację, bo mama zawsze tak na ostatnią chwilę, że doprowadzała nas do tego skrzyżowania, gdzie ona musiała iść w prawo a przedszkole było 400 metrów dalej w lewo. I pamiętam, kiedyś tam raz z siorą poszłyśmy, a tam przedszkole zamknięte,* (wulgaryzm). *No to żeśmy się poryczały, to nas wreszcie, to nas jacyś tam, ktoś zagadnął no, że mama poszła do pracy a my to do przedszkola, przedszkole zamknięte i zaprowadzili nas tam do Supersamu takiego. I w tym Supersamie jakoś dotarły do tego, dogadały się z nami, że mama w banku pracuje a, że wtedy był na szczęście jeden bank tylko, no, bo to były te czasy, że nie było więcej banków, tylko był jeden bank, no to jakoś tam moją mamę znalazły. I to musiał był poniedziałek rano. Okazało się oczywiście, że moi rodzice nie wiedzieli, bo zapomnieli, że przedszkole jest zamknięte, bo były jakieś ferie zimowe, czy*

(wulgaryzm) *wie co. I my takie uryczane i matka nas zabrała wtedy z tego Samu, z tego sklepu, z tego Samu.*

W przypadku Krystyny oraz Grażyny szczególnie zaakcentowana została **parentyfikacja instrumentalna**, która dotyczy „**przejmowania przez dziecko zadań związanych z prowadzeniem domu, takich jak przygotowanie posiłków, robienie zakupów, sprzątnie, opieka i wychowywanie młodszego rodzeństwa, rozdział prac domowych czy zarabianie pieniędzy i zarządzanie domowym budżetem**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 125).

[Krystyna] *Twierdziłam, że ja przejęłam taką funkcję dorosłego w domu. Właśnie później to sprzątanie, wiesz, to gotowanie, bo zawsze ziemniaki musiały być obrane, czy tam co na obiad było zaplanowane. Jak wiedziałam, że ojca nie będzie, no to się zabierałam, to tego, bo wiedziałam, że jak mama przyjdzie z pracy, to chce obiad zjeść.*

[Grażyna] *No i zawsze było tak, że akurat w czasie ferii droga była tak zawiana, tak było śniegu dużo i żeby tatuś dojechał do domu samochodem, nie chodził na nogach i dupy nie ruszał, to my dzieci, cała piątka przez całe dnie, przez dwa tygodnie, od rana do wieczora, czyli jak tata już pojechał do pracy i przyjechał do pracy, to my odgarnialiśmy mu drogę, sypaliśmy mu drogę, żeby on przypadkiem nie musiał nic robić, tylko przyjechać i wyjechać. I kiedyś jak ktoś z gminy, nie wiem, czy autem, czy czymś przyjechał i zobaczył, kto odgarnia drogę i ile odgarnął, no to stwierdził, że tak być nie może, że gmina normalnie chyba jaja sobie robi, bo to nie jest ludzkie, żeby my jako dzieci... I oni wtedy nie powiedzieli o rodzicach, że to rodzice odpowiadają, że kurde tyrają dzieci. Tylko chcieli artykuł pisać o gminie, że jak gmina może tak robić, że* (wulgaryzm) *zmieńcie myślenie po prostu, bo jesteście do tyłu. A my dalej odgarnialiśmy no, bo tatuś musi przyjechać do domu i musi mieć odgarniętą drogę (...). No i kręgosłup wiem, że w podstawówce mnie bolał, ale pamiętam, że jak raz powiedziałam po wakacjach koleżankom, że kręgosłup mnie boli, to było może, nie wiem, w piątej, w szóstej klasie podstawówki, to jak powiedziałam pierwszy raz o czymś, co jest w sumie u mnie w domu, że mnie kręgosłup boli od pracy, od pomagania, no to pierwszy raz byłam w szoku, że coś jest chyba nie tak.*

Pisząc o destrukcyjnej parentyfikacji, „szczególną rolę odgrywa **zaniedbanie emocjonalne**, definiowane jako brak emocjonalnej odpowiedzi rodzica na potrzeby dziecka, brak jego dostępności dla dziecka (szczególnie, gdy znajduje się ono w sytuacji zagrożenia lub trudności) oraz brak wystarczających (stymulujących rozwój dziecka) interakcji między dzieckiem i opiekunem" (K. Schier 2015, s. 57).

[Alicja] *Ja pamiętam, że byłam, że potrzebowałam bardzo jakoś, że walczyłam o jej* (matki) *uwagę różnymi sposobami. Natomiast miałam wrażenie, że jej przeszkadzam, że ona miała tam inne priorytety niż ja, że ja jej przeszkadzam po prostu.*

[Damian] *Ale jakoś tak nigdy nas nie traktował w żaden sposób, nie wiem, nie, żeby powiedział, że mnie kocha. Do tego, to się nawet tam nigdy nie zbliżamy. Wszystko było takie suche, wiesz, sztuczne, takie bezpłciowe.*

8.1.3.5. Rodziny splątane

Wyróżniając dwa typy rodzin: zmieszane, splątane; niezaangażowane, „nie związane", których kategoryzacja została dokonana na bazie specyfiki granic wewnętrznych w systemie rodzinnym, można wskazać, odwołując się do wypowiedzi moich rozmówców, że w ich rodzinach występowały obydwa rodzaje[149]. Dla pierwszego z nich charakterystyczne jest „**zamieszanie dotyczące funkcji, pozycji, odpowiedzialności. Granice pomiędzy podsystemami są niejasne, nie ma wyraźnego zróżnicowania poszczególnych grup. Niejasne są role**" (M. de Barbaro 1999, s. 48).

W swojej narracji wyraźnie zaakcentowała to Grażyna, wskazując, jaką odpowiedzialnością obarczała ją matka i jak mocno przekraczała jej granice.

[Grażyna] *Przynajmniej tak jest ze strony mamy. Mama zrzuciła na mnie całe swoje życie, wszystko, bo potrafiła kilkukrotnie mnie uderzyć za to, co jej powiedziałam, a powiedziałam jej prawdę. No dobra, córka może nie powinna. No, jak ona mi powiedziała, że wszystko, co ona ma w domu, wszystkie problemy, to jest moja wina, to ja jej powiedziałam, że mogłaś mnie wyrzucić, po co mnie wychowywałaś i za to dostałam po pysku, bo jej powiedziałam, niestety, szczerą prawdę o jej samej.*

Rodziny splątane charakteryzują się również tym, że jednostka jest **podporządkowana systemowi rodzinnemu oraz większość czasu spędza z jego członkami. W konsekwencji nieznaczny staje się poziom autonomii osoby dorastającej w takim systemie rodzinnym** (E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. M. Kopeć 2014, s. 190).

Z relacji Konrada wynika, że funkcjonował w rodzinie splątanej, w której brakowało fizycznej i emocjonalnej autonomii jej członków oraz niejasna pozostawała kwestia pełnionych przez nich ról. Konrad zastępował w domu uzależnionego ojca. Powyższe kwestie znalazły swoje odzwierciedlenie w jego wypowiedzi.

[Konrad] *Przez pewną część mojego dzieciństwa mieliśmy z rodzicami pokój wspólny i z moją siostrą. Później, po jakimś czasie się to zmieniło, jak moja siostra spała w gościnnym, my spaliśmy we trójkę*

[149] Olson wskazuje, że nie istnieje optymalny poziomu spójności dla funkcjonowania rodziny. Istotne jest, by każdy system potrafił regulować bliskość poszczególnych członków w odniesieniu do aktualnej sytuacji rodziny. Niemniej jednak długo trwające splątanie bądź niezwiązanie może stać się przyczynkiem powstania nieefektywnych schematów zachowań. W rezultacie najbardziej efektywne dla funkcjonowania rodziny będzie regulowanie spójności i elastyczności w taki sposób, by „znajdowała się ona na średnim poziomie natężenia tych cech" (E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. M. Kopeć 2014, s. 190). W narracjach moich rozmówców można dostrzec przeplatanie cech jednego rodzaju rodziny z innymi. Niemniej jednak najczęściej jeden z nich dominował, co sprzyjało dysfunkcjonalności zarówno całego systemu rodzinnego, jak również poszczególnych jego członków.

(…). To, raczej więcej jej (matce) *mówiłem, raczej więcej było czasu z nią spędzane, mogliśmy porozmawiać, to jak ją pytałem, jak było w pracy, czy jest zmęczona, czy jej pomóc.*

Podobnie sytuację w domu przedstawił Krzysztof, który opisywał relację z niepijącą matką jako bardzo bliską.

[Krzysztof] *Kurczowo się trzymała* (matka) *i też chciała na zewnątrz, żeby to wyglądało, że jest wszystko ok. W domu zamiatane pod dywan, a na zewnątrz ma wszystko wyglądać, że jest ok (…). Zawsze o wszystko dbała i w tym momencie się trochę irytowałem, bo była taka, dowiedziałem się później, że to jest nadopiekuńczość.*

Zdarzało się również, że w okresie dzieciństwa przejmował rolę osoby dorosłej - opiekuna własnej matki.

[Krzysztof] *Jak byłem młodszy, to jeszcze mówiłem: >>co ty robisz, to jest niedobre, wstydu mi przynosisz<<, potem nauczyłem się mu* (uzależnionemu ojcu) *to mówić, jak otrzeźwiał, bo pijany, to nie wiem, czy w ogóle będzie pamiętał. Jak trzeźwiał, czasami posłuchał, czasami się na mnie zdenerwował, coś mi odpowiedział. Potem nie rozmawialiśmy przez parę dni.*

W rodzinach splątanych utrudnione może stać się **kształtowanie niezależności ich członków i przechodzenie przez nich procesu separacji - indywiduacji** (M. de Barbaro 1999, s. 49).

Na trudność w przechodzeniu wspomnianego **procesu i kształtowaniu własnej autonomii** wskazywała Gosia, która podczas rozmowy często nawiązywała do bardzo bliskiej relacji ze swoją matką. Taka sytuacja równocześnie oddalała ją od innych osób, np. rówieśników.

[Gosia] *Ogólnie, ja wolałam… może takie trudne to, to była taka trudna relacja, bo ja byłam bardzo związana i nadal jestem związana z mamą i ja jakby wolałam spędzać czas z mamą, niż z rówieśnikami.*

8.1.3.6. Rodziny niezwiązane

Na drugim krańcu charakterystyki rodzin znajdują się rodziny niezwiązane, „w których dochodzi niejednokrotnie do powstania **nadmiernie sztywnych granic**, które **utrudniają porozumiewanie się ludziom należącym do różnych podgrup**. Może to **upośledzać zdolność rodziny do wzajemnego rozumienia się i troszczenia się o siebie**" (M. de Barbaro 1999, s. 49).

Niektórzy z moich rozmówców wzmiankowali w swoich wypowiedziach, że funkcjonowanie w domu rodzinnym opierało się przede wszystkim na byciu „obok siebie" i nieprzeszkadzaniu sobie wzajemnie w takim bytowaniu.

[Damian] *Każdy gdzieś tam robił swoje. Jakieś takie wychodzenie na dwór, bo nie było Internetu, się spotykaliśmy z kolegami. Nie było takiego typowego życia rodzinnego, bym powiedział. Czasem z mamą można było pogadać, ale z ojcem tak, jak powiedziałem- nigdy.*

[Adam] *W domu tego* (uwagi) *nam brakowało, bo tak zasadniczo ja i w sumie bracia, wydaje mi się, że zawsze zajmowaliśmy się trochę sobą. Tak było później i tak jest przez całe życie, bo kontakt z rodzicami jest kiepski, takie zainteresowanie jest też średnie, bym powiedział i ono też było takie. Ani nie pchali mnie w konkretną klasę liceum, ani na studia. Poszedłem tam, gdzie bracia.*

Charakterystyczna dla rodzin niezwiązanych jest również **słaba więź emocjonalna pomiędzy ich członkami, ich wysoka autonomiczność oraz niemożność wspólnego rozwiązywania problemów i otrzymywania wzajemnego wsparcia emocjonalnego** (E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. M. Kopeć 2014, s. 190).

Szczególnie wyraźnie zaakcentowali to Anita oraz Damian.

[Anita] *Oczywiście, mam jakieś ciepłe uczucie ja wobec niej* (matki)*, natomiast, czy miałabym powiedzieć, że kocham moich rodziców, czy tudzież rodzeństwo, nie powiedziałabym. Nie jestem w stanie powiedzieć szczerze (...).. Czyli jakby, byłam wychowywana w domu, w którym, jakby uczuć nie było. Więc ja nie byłam w stanie powiedzieć, czy ktoś mnie kocha, czy nie, czy ktoś mnie krzywdzi, czy nie.*

[Damian] *Tata, to mówię, był bardzo mi obcy i swoją postawą, zwłaszcza jeżeli chodzi o jego zdrowie powodowało, że jeszcze bardziej się od niego odcinałem (...). A mama robiła, co mogła, też miała słabe zdrowie, ale też robiła większość rzeczy po swojemu. Ona uważała, że chcieć, to ty możesz kupkę, siusiu i spać. Dzieci i ryby głosu nie mają. To są takie podstawowe rzeczy, jakie ja zapamiętałem z dzieciństwa.*

* * *

Każdy system rodzinny może być charakteryzowany zarówno poprzez sposób funkcjonowania jego członków, jak również poprzez jego strukturę, a konkretniej granice zewnętrzne oraz wewnętrzne.

W rodzinach alkoholowych **granice zewnętrzne najczęściej są zamknięte, co znacznie utrudnia konstruktywną komunikację pomiędzy członkami omawianego systemu rodzinnego a środowiskiem zewnętrznym**. Spełnia to jednak swoją istotną funkcję, a mianowicie niedopuszczenie do zmian w jego obrębie i tym samym podtrzymanie homeostazy i *status quo*. Oznacza to, że jego członkowie zarówno niechętnie mówią o tym, co dzieje się w domu osobom spoza swojego systemu rodzinnego, jak i niechętnie wprowadzają kogoś do niego. Jak wskazywali moi rozmówcy, **niechęć przed zaproszeniem kogokolwiek do systemu rodzinnego była spowodowana albo, ich zdaniem, nieodpowiednimi warunkami lokalnymi, albo obawą przed tym, że ktoś zobaczy ich uzależnionego rodzica, a oni sami będą odczuwali wstyd**. Takie postępowanie nie tylko chroni przed odczuwaniem wstydu, ale również przed dezaprobatą społeczną wobec osoby uzależnionej od alkoholu. W

rezultacie chronione jest zarówno samopoczucie członków rodziny, jak również, paradoksalnie, choroba jednego z nich.

„Granice wewnętrzne istnieją między członkami rodziny lub poszczególnymi jej częściami, noszącymi nazwę podsystemów" (W. Świętochowski 2014, s. 28). Charakteryzują one bliskość pomiędzy członkami rodziny alkoholowej, która przybierać może dychotomiczną postać: albo są oni oddaleni od siebie fizycznie i/ lub emocjonalnie, albo ich relacje przypominają relacje symbiotyczne, uwikłane (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 17-25). Taka specyfika funkcjonowania znalazła swoje odzwierciedlenie w wypowiedziach moich rozmówców. Część z nich wskazywała na **bardzo bliską – a nawet zbyt bliską - relację ze swoim nieuzależnionym od alkoholu rodzicem, który, z perspektywy czasu, nie pozostawiał im odpowiedniej przestrzeni do kształtowania samodzielności i autonomii. Należy wskazać również na odpowiedzialność, która w rodzinie alkoholowej przybiera skrajną postać: od braku jakiejkolwiek odpowiedzialności poprzez całkowitą nadodpowiedzialność** (E. Włodarczyk 2016, s. 46). Jak wskazywały niektóre osoby, ich trzeźwy rodzic potrafił zachowywać się albo **nadmiernie odpowiedzialnie, wyręczając ich w obowiązkach, co może skutkować uzależnieniem dziecka od rodzica, wykształcenia w nim braku zaradności,** albo w sposób **całkowicie nieodpowiedzialny, pozostawiając dziecko bez opieki przez kilka dni**. Wspomniana dychotomia w zachowaniu przypomina niespójność zachowań uzależnionego rodzica w sytuacjach jego trzeźwości i stanów upojenia alkoholowego.

Jak wskazywali moi rozmówcy, w niektórych rodzinach dochodziło do destrukcyjnej **parentyfikacji, czyli patologicznego odwrócenia ról w rodzinie, które stanowi szczególną formę przemocy**. Zachowania trzeźwego rodzica, takie jak opuszczanie domu rodzinnego, dzieci bez wcześniejszego powiadamiania kogokolwiek, wskazują na jego niedojrzałość emocjonalną, a istnieje hipoteza, w ramach której wskazuje się, że „**parentyfikacji dokonują osoby niedojrzałe, które pozostały psychicznie dziećmi**" (K. Schier 2015, s. 84).

Mówiąc o granicach wewnętrznych systemu rodzinnego, można określić rodzinę alkoholową jako rodzinę **splątaną bądź rodzinę niezwiązaną**. W zależności od sposobu funkcjonowania jej członków, niektórzy z moich rozmówców funkcjonowali w jednym, inni w drugim typie rodziny. W pierwszym z nich członkowie rodziny **odczuwają niejasność ich ról w systemie, trudności w kontekście poziomu ich odpowiedzialności za sytuacje, które mają miejsce**. Moi rozmówcy podkreślali, że **przejmowali czasami obowiązki nieuzależnionego rodzica, ale także bywali obarczani przez niego olbrzymią odpowiedzialnością, której nie**

powinni byli brać na swoje barki. Niski poziom autonomii w takich rodzinach skutkował utrudnionym przejściem procesu separacji - indywiduacji.

Z kolei w drugim typie rodzin - rodzinach niezwiązanych - moi rozmówcy podkreślali, że **komunikacja pomiędzy poszczególnymi członkami była znacznie utrudniona, występowała między nimi słaba więź emocjonalna, a oni sami funkcjonowali bardziej obok siebie niż ze sobą**.

Nie istnieją rodziny wyłącznie splątane bądź wyłącznie niezwiązane. W zależności od sytuacji, w jakich się znajdują, dostosowują swój sposób funkcjonowania do określonych warunków. Optymalne jest takie regulowanie spójności i elastyczności w rodzinie, by w sposobie jej funkcjonowania nie dominowała żadna ze skrajności (E. Trzęsowska-Greszta, R. Sikora, W. M. Kopeć 2014, s. 190). **Jak można wnioskować z wypowiedzi moich rozmówców, w ich rodzinach określone schematy zachowań przybierały często duchotomiczną postać z niską podatnością na zmiany, co znacznie utrudniało rozwój jej samej, jako całości, ale również poszczególnych osób ją tworzących**. Niezależnie od tego, jak skrajne będzie funkcjonowanie rodziny alkoholowej, w każdej występuje przemoc psychiczna, często w połączeniu z fizyczną.

8.1.4. Relacje członków rodziny alkoholowej

Jak zaznaczyłam wcześniej, dominującymi uczuciami członków rodziny alkoholowej są strach, lęk, samotność, poczucie winy, wstyd. Towarzyszą im one i są intensyfikowane w relacjach pomiędzy nimi. Członkom rodziny alkoholowej **trudno doświadczyć szczerego zainteresowania, konstruktywnej bliskości emocjonalnej, ciepła, bezpieczeństwa. Często występuje przemoc psychiczna i/lub fizyczna. „Cechą wspólną wszystkich dzieci funkcjonujących w rodzinach uzależnionych od alkoholu jest doświadczenie w dzieciństwie opuszczenia i samotności. I nie chodzi tu bynajmniej o opuszczenie w sensie fizycznym, lecz emocjonalnym: >>przez rodziców, którzy zostawiali swoje pociechy bez pomocy i wsparcia w trudnych dla nich sytuacjach, przerastających zazwyczaj dziecięce możliwości**<<" (K. Zalas 2011, s. 295). Taka sytuacja nie powinna dziwić, biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania całego systemu alkoholowego: osoba uzależniona jest skoncentrowana na intoksykacji chemicznej, partner uzależnionego na jego piciu, a dzieci na rodzicach i ich trudnościach. W rezultacie niezmiernie trudno o zdrowe i konstruktywne relacje pomiędzy nimi. Aby lepiej zrozumieć specyfikę trudności oraz zasoby osoby wychowywanej w rodzinie alkoholowej, należy spojrzeć na funkcjonowanie systemu rodzinnego całościowo, bowiem „żaden z członków rodziny nie może być zrozumiany w odłączeniu od innych członków tego systemu (…). **Specjaliści nie dowiedzą się, co się dzieje z dzieckiem**

alkoholika, jeżeli nie zrozumieją wewnętrznych współzależności w całym układzie rodzinnym" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 49). Dlatego w analizie wyników badań zwróciłam także szczególną uwagę na specyfikę relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodzin moich rozmówców, co zresztą oni sami wyraźnie akcentowali, nadając im duże znaczenie. **We wcześniej przytaczanych wypowiedziach rozmówców, opisując ich funkcjonowanie w określonych rolach psychologicznych, specyfika ich relacji z rodzicami została zarysowana. W tym rozdziale chciałabym jednak wyraźniej przyjrzeć się temu aspektowi odwołując się do podobieństw moich badanych związanych z ich relacjami z rodzicem uzależnionym od alkoholu oraz współuzależnionym.**

8.1.4.1. Relacje uzależnionego rodzica z partnerem

Podstawową potrzebą osoby uzależnionej od alkoholu, jak wskazuje regulacyjna koncepcja potrzeb Borysa Bratusia, jest intoksykacja chemiczna. W rezultacie inne potrzeby, takie, jak potrzeba bliskości z drugą osobą, kontaktu emocjonalnego stoją niżej w hierarchii potrzeb (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 25). Również partner osoby uzależnionej od alkoholu, niepostrzeżenie, mimo że sam nie jest uzależniony, usilnie zaczyna koncentrować uwagę na intoksykacji chemicznej alkoholika, nieświadomie wspierając trwanie choroby alkoholowej. „Przez długi czas usprawiedliwia Uzależnionego lub upiera się, że ma on ważne powody do picia" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 90).

Tak było w przypadku ojca Kasi, który zachowanie swojej uzależnionej od alkoholu żony często usprawiedliwiał przed córką.

[Katarzyna] *A to, że: >>Kasia, mama nie jest taka<<, że: >>mamę poniosło<<. Tłumaczył ją bardzo często z zachowań. O… bardzo często. Tak, jak wspominam na początku o tej miłości.*

Z biegiem czasu partner osoby uzależnionej od alkoholu **przejmuje coraz więcej obowiązków, często chcąc zastąpić dzieciom nieobecnego rodzica** (J. G. Woititz 1990, s. 29).

Matki Konrada oraz Krzysztofa podejmowały się realizacji wielu obowiązków za swojego pijącego męża, co zostało zaakcentowane w wypowiedziach badanych.

[Konrad] *To znaczy, prowadzili tam jakieś rozmowy, oczywiście, moja mama cały czas miała jakieś pomysły. No mój ojciec był pasywny względem tego, co moja mama mówi. Bo jak mu się powie, to on coś zrobi, ale nie wyjdzie z inicjatywą, i tyle (...). To się nic nie zmieniło. To znaczy, moja mama podejmowała decyzje, mój ojciec był pod tym względem zmuszany do tego, żeby to zrobić.*

[Krzysztof] *Mama, to chciała, żeby wszystko było dopięte na ostatni guzik. Dużo na siebie brała. (...) Ale tak o wszystko ona dbała, nie mogę narzekać, że byłem młody i mimo tego, że tata miał problem z*

alkoholem, żebym chodził głodny i brudny. Więc tego nie było w ogóle. Wręcz przeciwnie- wszystko było ok.

Przeciążenie obowiązkami przez partnera osoby uzależnionej może **wywoływać w nim narastającą frustrację i złość**. W konsekwencji często dochodzi pomiędzy nimi do kłótni. „Kłótnie odbywają się bez przerwy. **Alkoholik kłóci się, aby znaleźć powód do picia, a żona kłóci się, ponieważ wszystko, co on mówi lub robi wytrąca ją z równowagi**" (J. G. Woititz 1990, s. 36).

[Adam] *A tak: >>a weź idź, nie denerwuj mnie, nie marudź<<. Czasami zdarzało się tak, że teraz nawet chciałby więcej tego robić, tak naprawdę, był pomagać w kuchni na przykład, robił to fatalnie, ale to kończyło się najczęściej tak, że cokolwiek próbował zacząć robić, to ta go wyzwała, że ma się wynosić z kuchni, bo i tak jej tutaj spieprzy albo źle zrobi, albo nie pomagaj mi najlepiej w ogóle.*

[Grażyna] *No i że tata jest taki, że ona takiego tatę ma, że ona takiego kurdę, nie wiem, takiego sąsiada ma. Ma to i tamto, siamto i że pieniędzy nie ma i że tata jej nie daje.*

Kłótnie oraz przemoc fizyczna i/lub psychiczna pomiędzy rodzicami stanowiły istotny element w wypowiedziach moich rozmówców, gdy ci opisywali relacje między nimi. Towarzyszyły im one zarówno, gdy moi rozmówcy byli dziećmi, jak również wówczas, gdy byli nastolatkami.

[Damian] *Relacje między rodzicami były burzliwe. No z domu pamiętam, to raczej tylko kłótnie. Były też jakieś spokojniejsze momenty, ale to rzadko (…). Wiesz co, że ojca nie zostawiła, który ją bił, chlał i tak dalej i zdradzał, to też jest na to dowód, bo ona właśnie uważała, że to jest jej taki święty obowiązek, żeby przy nim trwać, whatever…*

[Klaudia] *Cały czas się obawiałam o mamę (…). No, że coś się jej stanie, jakaś krzywda. No, bo jakby, to… Mówię, pierwsze wspomnienie mam takie, że miałam około trzech lat. Gdzie, gdzie, gdzieś tam ojciec mamę pobił (…). Coraz więcej pił, coraz więcej, coraz gorzej się po tym alkoholu… Ten alkohol miał coraz większy wpływ na niego, pochłaniał go coraz bardziej, coraz szybciej, coraz bardziej był, coraz mniej było tych momentów, kiedy on był happy po alkoholu, bo coraz szybciej się frustrował. No, zresztą moja mama, tu jest jeszcze kolejny wątek, jak miałam piętnaście/ czternaście lat, jak moja mama pierwszy raz trafiła do szpitala psychiatrycznego. Także, moja mama bardzo podupadła na zdrowiu i gdzieś zaczęła się też zamykać w swoim świecie, w świecie depresyjno- nerwicowym. Więc tak, i to była taka długa hospitalizacja, bo jej nie było prawie pół roku (…). Myślę, że to już po prostu, że to było załamanie, takie typowe załamanie nerwowe, że było po prostu za dużo. Straciła przytomność, najzwyczajniej w świecie. Któregoś dnia straciła przytomność, tutaj wylądowała w szpitalu.*

[Alicja] *To też była przemocowa relacja, przemoc taka słowna, tak się komunikowali.*

Partner osoby uzależnionej „**wciąż jest narażony na ataki naruszające jego poczucie własnej wartości. Nieoczekiwane i często bulwersujące zachowania uzależnionego**

przynoszą jej wstyd wobec rodziny, przyjaciół, wierzycieli, znajomych, a nawet własnych dzieci" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 91).

[Damian] *Mama też o tym wspominała, że on właśnie wyrzucał za okno, czy nawet ją wyzywał: >>gówno mi tu dajesz<<, tego typu rzeczy. Także, to był taki, wiesz, chory, toksyczny związek. Jak byłem mały, to ja mamę pytałem: >>O co Ci chodzi?<<.*

[Adam] *Po prostu się, tak jakby, wiecznie się spierali albo kłócili nawet tak, to było takie… Pamiętam mnóstwo takich sytuacji, że szczególnie jak on już był pod wpływem, że na przykład ona się zamykała w tej kuchni, a on tam wiecznie ją tam wyzywał za to, że: >>Nie mam żony, bo tylko szyjesz<<. Ja widziałem, że ona jest zestresowana. To są takie pojedyncze sytuacje. Jak raz wylała mu gorącą herbatę na plecy, potem ona go przepraszała, chociaż on tak naprawdę zrobił coś złego i cała lista takich sytuacji.*

Oprócz tego, że dzieci są obserwatorami przemocy, nierzadko same bywają w nią włączane najczęściej w roli wybawiciela niepijącego rodzica.

Wyraźnie zaakcentowali to Anita oraz Adam.

[Anita] *Po prostu przemoc domowa. Chodziło o przemoc domową. Było różnie, czy spadało to na mnie, czy na moją mamę, natomiast moi bracia nie byli w to bardziej zaangażowani, ponieważ to ja bardziej broniłam moją mamę. Ponieważ ja nie byłam, jakby, świadoma tego, dlaczego oni się kłócą i dlaczego dzieje się tak, a nie inaczej. Można by powiedzieć, że jakby podsycałam te awantury swoją osobą. No, ale zdarzyło się. Tak to bardziej wyglądało.*

[Adam] *Pamiętam tylko te kilka razy, jak już mi pękło i wyzywałem tam ojca, że: >>Co, nie widzisz, że widzimy, że jesteś pijany? Nie widzisz, co robisz? Że matka płacze, że jest zdenerwowana?<<. Ale to pamiętam, to były takie emocje, że już mi puściły i wylałem wiadro jadu i tyle.*

Przemoc psychiczna często wynikała z **braku komunikacji bądź olbrzymich trudności w konstruktywnym komunikowaniu się ze sobą poszczególnych członków rodziny, zwłaszcza w podsystemach: osoba uzależniona - partner; osoba uzależniona - dzieci/dziecko.** Omawiana trudność w komunikacji, bądź jej całkowity brak, często wynika z przestrzegania zasady „nie mów". Intensyfikowana jest ona w okresach milczenia i wynikającego z niego napięcia psychicznego, po kłótniach osoby uzależnionej z partnerem. „Nie mówienie" dotyczyło również istotnej sfery, jaką stanowi szczera i otwarta rozmowa o własnych potrzebach i uczuciach, a zamiast tego wzajemne dokuczanie sobie członków rodziny.

Problem ten zaakcentowali Sławek oraz Adam, wspominając relacje swoich rodziców, które pamiętają z okresu dzieciństwa.

[Sławek] *Dla mnie to było coś takiego na zasadzie obrażania się, takie oczywiście bez konkretów, żeby to jakoś wyjaśnić, tylko jakby takie rzucanie się wzajemnie pretensjami: >>bo twoja wina, bo ty zrobiłaś*

tak, a ty powiedziałeś tak, a ja powiedziałem tak, ale to w ogóle inaczej<<. Nie było dochodzenia, tak jak patrzę na siebie i na moją dziewczynę chociażby, bo nie obserwuję, nie mam innych możliwości, żeby patrzeć, jak ktoś rozwija między sobą, roztacza takie kłótnie. Natomiast… tak, jak mówię, moim zdaniem nie było takich wyjaśnień, dochodzeń do tego: >>A czemu? A dlaczego? A to rzeczywiście ja przeproszę, bo może przegiąłem, może źle powiedziałem, źle się wyraziłem, może to było inaczej, może to powinno być tak, ale ja to zrozumiałem tak<<. Czegoś takiego w ogóle nie pamiętam, być może tego nie było, a być może to było, ale oni mieli swój pokój, także może tam coś się… Ale czasami po prostu, to tak wynikało, jakby to po prostu samo przychodziło i gdzieś tam wiesz, ktoś kogoś szturchnął, gdzieś tam obiad, a tu podać, tu zjeść i to tak wiesz, od słowa do słowa, w końcu gdzieś tam to mijało. Przypuszczam, ja myślę, że w większości przypadków, gdzieś tam to zostało zamiatane pod dywan no i (wulgaryzm)*, niewytłumaczone tak zostawało.*

[Adam] *Ta komunikacja była taka lekko spięta, bo chociażby sytuacja, czas kolacji przychodzi i matka pyta się ojca: >>To co chcesz na kolację? Zrobić jakieś kanapki?<<, >>Nie wiem. Zrób mi co chcesz<<. Ona potem robiła, potem on opowiadał coś w stylu: >>suchy chleb<< albo: >>jaka beznadziejna wędlina<<. Czyli takie, znowu, na zasadzie takich szpileczek albo takich maleńkich, takich małych kłótni, można było powiedzieć. To nie była taka wielka kłótnia, tylko to było takie dogryzanie sobie.*

Dzieci z rodziny alkoholowej obserwują obraz relacji damsko - męskich oparty na przemocy fizycznej i/lub psychicznej, nieprzewidywalności i braku bliskości między rodzicami. Będąc obserwatorami omawianych relacji, często same doświadczają przykrych, niekiedy traumatycznych zdarzeń, w których główną rolę odgrywa uzależniony rodzic. Widząc, jak osoba uzależniona traktuje niepijącego rodzica, rośnie dystans pomiędzy nimi a alkoholikiem.

8.1.4.2. Relacja dziecka i adolescenta z uzależnionym rodzicem

W rodzinie alkoholowej „**cała rodzina musi przystosować się do sytuacji, gdy co najmniej jedno z rodziców bywa wyłączone z zaspokajania potrzeb rodziny, na przykład przez swoją nieobecność fizyczną - ponieważ gdzieś pije, lub psychiczną - kiedy jest w domu, ale pijane**" (M. Kucińska 2002, s. 39).

Moi rozmówcy nie wspominali dobrze czasu spędzanego w domu rodzinnym, co było spowodowane relacją, albo raczej brakiem relacji, z uzależnionym rodzicem i sposobem jego funkcjonowania. Osoby uzależnione od alkoholu, mając najczęściej niskie poczucie własnej wartości, **nie potrafią „utrzymać zdrowego związku małżeńskiego, ani pobudzić dzieci do rozwinięcia w sobie silnego poczucia własnej wartości. Oba te zadania wymagają dojrzałości i stabilnego poczucia własnej wartości. Jeśli poczucie własnej wartości**

któregoś z członków rodziny jest bardzo niskie, >>karmi<< nim pozostałych" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 27).

Anita, opisując swoją relację z uzależnionym ojcem, wskazała, że ten, w kontakcie z nią i rodzeństwem wielokrotnie ich obrażał.

[Anita] *Jeżeli mój ojciec robił już jakieś problemy, w trakcie picia, czy nie w trakcie picia, a jest wtedy bardzo… jakby to uznać, specyficzny w zachowaniu, ponieważ i on i ja mam podobną cechę, że jeśli nam jakieś zachowanie nie pasuje, tudzież powoduje jakąś złość, my bardzo często, jakby staramy się wypomnieć komuś jakieś ambicje. Natomiast mój ojciec robi to w bardzo brutalny sposób, bo o ile ja jeszcze potrafię zrobić to tak, żeby kogoś nie zabolało, on robi to specjalnie. I mój brat, wielokrotnie słuchał właśnie takich przykrych wyzwisk, w końcu sam miał dość i zerwał z nim kontakt.*

Z kolei Alicja swoją relację z uzależnionym ojcem porównała do wojny, w której ten chciał ją zniszczyć, a ona walczyła o przetrwanie.

[Alicja] *To była wojna. To była wojna, to była walka. Jak pamiętam to, co mówiłam tobie wcześniej o tym strachu, to bardziej byłam w takiej pozycji właśnie znikania, że chciałam zniknąć. A potem zaczęłam się stawiać, więc jakoś tak sobie założyłam, że on nie zobaczy ani jednej mojej łzy, że no, że nie będę taka bierna i tak dalej. Tylko nawet różne tam rzeczy z tego powodu się działy. No i tak właściwie, no to tak, to była wojna (…). Ja walczyłam o siebie a ojciec o to, żeby mnie zgnoić.*

O walce wspominała również Katarzyna.

[Katarzyna] *Pewnie nadal radziłabym sobie tak, jak nauczyłam się w dzieciństwie, w kontakcie z matką. Czyli walką, bo życie, to walka, życie to wojna, bo trzeba walczyć. Bo trzeba, nie wiem, krzyczeć, udowadniać, na pewno walczyć, strzelać fochy i głośno werbalizować to, co się myśli, do żywego.*

Osoba uzależniona często **traci zdolność logicznego myślenia, a jej postrzeganie rzeczywistości ulega znacznym zniekształceniom**. „Liczne badania wskazują na to, że u około 50-75% osób uzależnionych od alkoholu obserwuje się zaburzenia pamięci i procesów poznawczych oraz obniżenie funkcji intelektualnych" (B. Woronowicz 2009, s. 119).

Tak było w przypadku uzależnionej od alkoholu matki Katarzyny, która mówiła osobom postronnym, że została wyrzucona z domu, co mijało się z prawdą.

[Katarzyna] *Wyprowadziła się z domu na trzy lata i mieszkała na działce ogrodniczej. Wszystkim naokoło naopowiadała, że mój ojciec ją z domu wyrzucił. A my jesteśmy źli i niedobrzy i w ogóle nie wiadomo, co chcemy zrobić jej.*

Z kolei ojciec Alicji posądzał ją o czyny, których nie zrobiła. **Oskarżaniu towarzyszyły zachowania agresywne uzależnionego**.

[Alicja] *Czasami mój ojciec miał zwidy i na przykład startował na mnie, że do niego język wyciągnęłam, jak odrabiałam lekcje przy stole i startował do mnie z wyzwiskami, z wulgaryzmami, że ja tutaj na niego język wyciągam.*

Relacje z osobą uzależnioną od alkoholu często są nacechowane **przemocą, zarówno fizyczną, jak i/lub psychiczną**[150]. Związek pomiędzy uzależnieniem od alkoholu a stosowaniem przemocy fizycznej przez osobę uzależnioną nie jest związkiem deterministycznym, niemniej jednak bardzo często współwystępującym (J. Szczepkowski 2000, s. 23). Badania realizowane przez CBOS w 2012 roku wskazują, że częste konflikty w rodzinie powiązane są w dużym stopniu z nadużywaniem alkoholu przez któregoś z domowników.

Jak wynika z wypowiedzi niektórych moich rozmówców, ich **uzależniony rodzic stosował wobec nich przemoc fizyczną**.

[Katarzyna] *Ja tak złapałam za klamkę, najpierw zawinęłam się: >>Paulina, chowaj się, żeby nie było widać, kto to. Żeby było na mnie, że to ja trzymałam te drzwi<<. Żeby nie było, że to Paulina, bo jeszcze Paulina by dostała, po prostu. I ona się szybko schowała, zabarykadowali się w domu, a ja wyszłam, żeby moja mama przestała grandzić, bo bałam się, że to wyjdzie przed tym moim chłopakiem, że będzie wstyd po całej linii, a ja zostanę sama (...). Pamiętam też, że jak nie chciałam przynieść jej piwa, a szłam do liceum, do szkoły, to mnie przeciągnęła przez włosy do drugiego pokoju. Otworzyłam jakimś cudem drzwi na oścież, żeby słyszeli sąsiedzi, bo ona myślała, że to za dom nie wychodzi i mama się bardzo wstydziła. Wtedy jeden z sąsiadów, już też niestety świętej pamięci, bardzo się bał, bo widziałam, jak się trząsł. Stał na korytarzu i krzyczał: >>zostaw ją ty pijaczko<<.*

[Alicja] *Na przykład złapał mnie z tyłu, za włosy i* (wulgaryzm odzwierciedlający znaczenie słowa: „uderzył") *o stół, na przykład. Ja nie wiedziałam, o co chodzi, na przykład, jakiekolwiek tłumaczenie - nie, bo on miał taką wizję i koniec.*

Czasami przemoc fizyczna przeplatała się z przemocą emocjonalną. „Wiadomo bowiem, że zarówno alkohol, jak i inne substancje psychoaktywne wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie człowieka, powodując m.in. **błędną ocenę zachowań innych ludzi, zaburzoną ocenę sytuacji, lekkomyślne i niekontrolowane zachowania czy skrajne reakcje w sytuacjach konfliktowych**" (B. T. Woronowicz 2009, s. 344).

[Katarzyna] *Pamiętam, jak przyjechali, ja byłam przerażona, ja byłam zamknięta w pokoju, siedziałam pod ścianą, żeby mnie tylko nie widziała, bo już wyzywała, bo trochę wytrzeźwiała przez tą drogę.*

[150] Należy podkreślić, że na mocy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, będącej dokumentem najwyższej rangi hierarchii polskich dokumentów, istnieje zapis, który zabrania stosowania jakiejkolwiek przemocy względem dziecka. Art. 72 ust. 1 zapewnia dziecku prawo zarówno do ochrony przed przemocą, jak również demoralizacją, okrucieństwem czy wyzyskiem. Z kolei art. 40 wskazuje: „nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych" (art. 40). Innym ważnym dokumentem w polskim prawie zakazującym stosowania przemocy wobec dzieci, jest Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy. Na straży praw dziecka stoi także wiele instytucji, jak chociażby Komitet Praw Dziecka, który czuwa nad przestrzeganiem Konwencji Praw Dziecka. Żadne dziecko nie powinno doświadczać jakiejkolwiek formy przemocy, a jeżeli doświadczy, od razu powinny być zawiadomione odpowiednie służby, które zapobiegłyby dalszemu jej stosowaniu wobec nieletniego.

[Konrad] *Były dosyć częste sytuacje związane z alkoholizmem mojego ojca. Przede wszystkim mój ojciec przez to, że jest wybuchowej natury, więc małe rzeczy bardzo mocno go drażnią, przez co reaguje zazwyczaj krzykiem, raczej przemocą fizyczną nie, chociaż do tych sytuacji nieraz dochodziło, raczej na wycieczkach sobie nie przypominam, ale do kłótni dosyć często.*

Szczególnie intensywnie **przemoc objawiała się w momentach nietrzeźwości uzależnionego rodzica**.

[Adam] *Te kłótnie, to były o nic, tak naprawdę, to było, to właśnie o to chodzi, że to potem potęgowało takie napięcie, bo to nie było wiadomo, o co idzie. A jak ojciec był już tam trochę pod wpływem, jemu wszystko może przeszkadzać, tak naprawdę.*

Przemoc emocjonalna uzależnionego objawiała się również, i przede wszystkim, jego **nieobecnością fizyczną bądź psychiczną**.

[Piotr] *Swojego tatę pamiętam z tego okresu, jako osobę taką wycofaną, taką, która była małomówna, za dużo nie mówiła, która gdzieś tam swoje sprawy gdzieś zostawiała dla siebie, która, jeżeli chodzi o mnie i o siostrę, to tak za dużo nie wiedziała. No i pamiętam, że zdarzało się bardzo często, że przychodził do nas pod wpływem alkoholu i no pomagaliśmy mamie, pomagaliśmy mamie wtedy go przebierać, położyć go do łóżka.*

[Sławek] *Zresztą do tej pory mam takie,* (wulgaryzm)*, no zimne, jak zimne relacje. Mój tata kiedyś mi powiedział, zaraz do tego wrócę, ale mój tata, ale jak się napił, bo po trzeźwemu nie, że on się boi ze mną gadać, że on nie umie, że nie wie o czym, ale też w tej samej rozmowie powiedział mi, że mnie kocha, pierwszy raz do tej pory w życiu, ale to było kilka lat temu, to już byłem dorosły. Natomiast za tego dzieciaka, ja nie pamiętam jakichś takich rozmów, tak jak z matką nie pamiętam tych czułości, tak z ojcem też.*

[Grażyna] *Tata zawsze w wyjazdach, tata zawsze na delegacjach, taty wiecznie nie ma, pieniędzy na jedzenie nie było, a on wiecznie w pracy.*

Przemoc emocjonalna koreluje również z „**nieprzewidywalnością zachowań pijącego rodzica i jego niezdolności lub niechęci do uczestniczenia we wspólnym spędzaniu wolnego czasu**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 114). Takie postępowanie generowało w moich rozmówcach niemal nieustannie poczucie zagrożenia w relacji z pijącym rodzicem i nie sprzyjało budowaniu poczucia bezpieczeństwa.

[Konrad] *Z ojcem było pod tym względem różnie, jak wspominałem jest typem wybuchowego charakteru, nie nastroju, więc tutaj musiałem nieraz uważać na słowa, na odpowiedzi i tak dalej. Bo to się wiązało z krzykiem i nie tylko.*

[Ula] *Ja pamiętam po prostu to, że wracamy na przykład z mamą, od jakiejś jej koleżanki i moja mama myśli, czy jest obiad w domu. Bo otwieramy drzwi, po prostu, za tymi drzwiami będzie albo burza, albo będzie spokój, jeżeli był obiad. Czyli pamiętam coś takiego… Czyli, to znaczy, że mama te obiady musiała przygotować przed, on tego oczekiwał.*

Nieobecność emocjonalna i/ lub fizyczna uzależnionego, nieumiejętność wchodzenia z nim w bliskie relacje z dziećmi, nie stwarza korzystnych warunków do kształtowania jego autorytetu w oczach dzieci.

[Konrad] *Z ojcem mało czasu spędzałem, nie utrzymywałem kontaktu nigdy, nie widziałem w nim osoby, z którą warto dyskutować albo rozmawiać, czy się zwierzyć i tak dalej (...). Z ojcem pamiętam tylko kiedyś wzięła mnie moda na wędkarstwo i tak dalej, zdałem kartę i kiedyś poszliśmy nawet na ryby. To to jest, powiedzmy, taka jedyna sytuacja, że robiliśmy coś związanego z hobby wspólnie. Ale to było jeden raz i tyle.*

Nieobecność fizyczna i/lub psychiczna uzależnionego rodzica nie sprzyja budowaniu relacji bliskości pomiędzy dzieckiem i opiekunem. Dla moich rozmówców ten brak relacji miał szczególne znaczenie nie tylko w okresie dzieciństwa, ale również w okresie adolescencji, kiedy zaczynali nawiązywać pierwsze prawdziwe przyjaźnie oraz relacje intymne.

Istotność relacji z uzależnionym rodzicem w okresie adolescencji

Tym, co różniło funkcjonowanie moich rozmówców w okresie dzieciństwa i adolescencji i co sami zaakcentowali w swoich narracjach, to istotność relacji z rodzicem tej samej płci, gdy ci byli nastolatkami. Wskazywali bowiem, silną potrzebę **porozmawiania z nim o specyfice wchodzenia i nawiązywania pierwszych relacji intymnych z płcią przeciwną bądź o specyfice i trudnościach w funkcjonowaniu w określonej roli płciowej**. Nie mogli jednak tego zrobić ze względu na chorobę alkoholową rodzica.

[Katarzyna] *Nawet, jak zerwał ze mną chłopak, to widziałam, że chociaż moja mama, w jakiś sposób cierpi, miałam piętnaście lat, to mimo wszystko ona nie potrafiła inaczej, tylko musiała krzyknąć: >>ja ci mówiłam, że jak chłopak jest od ciebie sześć lat starszy, no to będzie chciał czegoś innego. Co, nie mówiłam do ciebie? Wspomnij moje słowa<<. O, i to był ten typ przekazu. Nawet, jeżeli widziałam, że jako matka cierpi, bo ja płaczę, to nie było tej umiejętności pokazywania, jakby- słabości. Mama absolutnie nie umiała tego robić.*

Zarówno Piotr, jak i Adam, wspominali, że brakowało im wspólnego spędzania czasu z uzależnionym ojcem i doświadczenia relacji jak „syn z ojcem".

[Adam] *Ja z nim nie miałem tak, jakbym sobie wymarzył, na przykład takich rozmów życiowych, ale takich fajnych, że no nie wiem: >>Jestem dumny z ciebie. Świetnie ci idzie. Jak ci tam idzie?<<, w ogóle takich pytań. To zawsze było tak albo opowiadanie o swojej młodości albo, nie wiem, narzekanie albo pouczanie takie wieczne ze wszystkim (...). To jakieś, nie wiem, od dziecka, bo wtedy mogłem o tym nie mówić, z ojcem nigdy nie zagrałem w piłkę, nigdy nie byłem z nim... No raz łowiłem z nim ryby, jak byliśmy nad jeziorem. Nigdy nigdzie z nim nie pojechałem. Nie było takich rzeczy: ojciec - syn. Wyjazdy, to pamiętam, że miałem tylko wycieczki szkolne (...). Jako chłopak na pewno potrzebowałem jakiegoś symbolu takiej męskości ojca i tak dalej, a on to mi chyba jakoś mocno zaburzył. Bo jakim symbolem*

męskości jest depresyjny, smutny, lekko pijany koleś, marudzący przed telewizorem na przykład. Tak teraz myślę.

[Piotr] *Mam żal, że nie nauczył mnie jakiegoś majsterkowania, czegoś takiego męskiego. Wiem, że ja pamiętam właściwie, my rzadko, my poszliśmy na piłkę, dość późno z nim, nie. No czasami te wymagania były takie, no po prostu, nie do końca spełnione, jeśli chodzi tata do nas.*

W wyniku doświadczania przez moich rozmówców przemocy psychicznej lub/i fizycznej ze strony uzależnionego rodzica, oddalali się oni od niego i mieli znaczne trudności w nawiązaniu z nim jakiejkolwiek relacji. Najczęściej bywało tak, że łatwej im było spędzać wspólnie czas i podejmować interakcje z trzeźwym rodzicem.

8.1.4.3. Relacja dziecka i adolescenta z nieuzależnionym rodzicem

W literaturze przedmiotu partnera osoby uzależnionej od alkoholu bardzo często określa się mianem osoby współuzależnionej. Sharon Wegscheider - Cruse nazywa tę osobę „Wspólnikiem", pisząc, że „jest to prawdopodobnie osoba najbliżej emocjonalnie związana z Uzależnionym, zwykle żona (…). Współdziałająca żona często działa ze szczerej miłości i poczucia lojalności. Czasami pełni swoją rolę ze wstydu, by chronić godność własną i rodziny" (S. Wegscheider -Cruse 2000, s. 88). W konsekwencji „współuzależniona matka wciąga w grę alkoholową czy też >>krążenie wokół alkoholika<< równie mocno jak ojciec, ale robi to, żeby je chronić, żeby mogło ono funkcjonować w chorym układzie rodzinnym bezpiecznie" (M. Ilnicka 1998, s. 15).

Tak było w przypadku niepijącego ojca Katarzyny, który z jednej strony starał się wspierać swoją uzależnioną od alkoholu żonę, z drugiej strony chciał pomóc dzieciom.

[Katarzyna] *Ojciec… Widzę go mało w tym dzieciństwie. Raczej, jako osobę wspierającą mamę, trochę taką bojącą się przeciwstawić, a jednocześnie chcącą ratować, w jakiś sposób, dzieci i taki był niezdecydowany.*

W przypadku moich rozmówców, **jeżeli współuzależniony rodzic nie stosował form przemocy wobec nich, bywał on bliską im osobą, z którą chcieli spędzać czas**. Szczególne znaczenie miała dla nich umiejętność okazywania im bliskości i poświęcania uwagi.

[Adam] *Jednak w tej nieumiejętności okazywania emocji, ona gdzieś tam trochę tego znajdywała, żeby mi to okazać, jako matka. Czyli takie matka - dziecko, na takiej zasadzie. No, to jednak gdzieś tam było mi bliżej.*

[Konrad] *Dużo jej mówiłem, na tyle, ile mogłem czasu poświęcić, porozmawiać to, to robiłem i z zainteresowaniami i nie tylko, no ojciec, no niestety nie (...). Bardziej z mamą te relacje były, trzymałem się jej. Mama wiązała mi się z poczuciem bezpieczeństwa, ojciec niekoniecznie- odwrotnie.*

Niepijący rodzic bywa bardziej **przewidywalny w swoim postępowaniu i stabilniejszy wychowawczo**, dzięki czemu niektórzy z moich rozmówców nie odczuwali przy nim nieprzyjemnych emocji.

[Konrad] *Z nią przeważnie te lekcje odrabiałem, chociaż z ojcem też się zdarzało, ale też nie były zbyt przyjemne. Natomiast z mamą po prostu było przyjemniej i radośniej. Nie musiałem się tak stresować. Denerwować, i tak dalej.*

Dla niektórych moich rozmówców przebywanie z nieuzależnionym rodzicem wiązało się z **poczuciem bezpieczeństwa**.

[Ula] *I wydawała mi się taką silną, ładną kobietą i jakby taką, przy której czułam się bezpieczna.*

Jednak „**im więcej odpowiedzialności przyjmuje współuzależniona tym mniej odpowiedzialny staje się alkoholik**" (H. Kalkowski 2011, s.33). Z biegiem czasu, partnerowi osoby uzależnionej od alkoholu zaczyna brakować sił i energii, by sprostać temu, co dzieje się w domu. Szczególnie dotkliwie odczuwają to dzieci, które, często w wyniku sugestii/prośby współuzależnionego, przejmują jego obowiązki.

Wyraźnie zaakcentowały to w swoich wypowiedziach Ula oraz Anita, których matki, nikogo wcześniej nie informując, potrafiły opuścić rodzinę na kilka dni, zrzucając szereg obowiązków na córki.

[Ula] *Mama czasami potrafiła nagle wyjść z domu i wrócić dopiero drugiego dnia po pracy. Więc, tak naprawdę, można chyba powiedzieć, że zostawałam sama z tym całym bajzlem, obowiązkami domowymi, no bo ktoś to musi zrobić, a upity ojciec nie ogarnie.*

[Anita] *Jest jedna taka sytuacja, w której niekoniecznie, w bardzo ostro zakrapianej awanturze, mój ojciec był lekko podpity i moja matka wyszła z domu, nie wróciła, żeby nie okłamać, przez dwa tygodnie. Tylko, że ja miałam z nią stały kontakt. A co jest najgorsze, że w tym wszystkim ja musiałam się nią opiekować, a miałam, jak sobie przypominam, jedenaście/ dwanaście lat. Chodziłam jeszcze do podstawówki, więc na pewno mniej niż trzynaście. Nasza mama mieszkała w piwnicy, pod naszym domem. Mój ojciec o tym w ogóle nie wiedział. Więc jakby najbardziej zapadło mi w głowie, bo to wszystko jakby spowodowało, że nie lubię filmów, w których jest zawarta przemoc domowa wobec matki.*

Takie postępowanie przewyższa możliwości zaradcze dziecka/ nastolatka, wiąże się z niewypełnianiem obowiązków wychowawczych przez rodzica i może być kategoryzowane jako przemoc psychiczna pod postacią zaniedbywania dzieci. „Charakteryzuje się ona po prostu niezaspokajaniem podstawowych potrzeb dziecka, zarówno tych związanych z jego przeżyciem, jak i tych, które mają zapewnić poczucie bezpieczeństwa i odpowiednią stymulację rozwoju" (H. Bednarski 2012, s. 146).

Niektórzy z moich rozmówców, oprócz wyżej wzmiankowanej przemocy psychicznej, doświadczyli także **przemocy fizycznej** ze strony swoich niepijących rodziców.

[Grażyna] *Ja jej to powiedziałam, nie wiem, miałam z dziesięć/ dwanaście lat, wiem, że to było jakoś na początku podstawówki i tak jej powiedziałam. Powtórzyłam jej drugi raz to samo, więc zaczęła narzekać na to, jacy my jesteśmy niewdzięczni, niedobrzy jako dzieci i w ogóle. No, to dwa razy jej to powtórzyłam i dwa razy za ten sam tekst, że mogła mnie nie wychowywać albo oddać komuś, to nie miałaby tego problemu, to za to dwa razy dostałam po pysku.*

[Alicja] *Kiedyś poszłam, bo mieszkaliśmy w takim domu, w którym kiedyś była gorzelnia, czyli tam się pędziło różne rzeczy i poszłam na drugą stronę, do takiej tam starszej kobity i tam się zasiedziałam, bo ona się tam ze mną bawiła, no i wróciłam za późno do domu. No i w moim rozumieniu to, że dostałam wpierdziel, to jakby to nie było adekwatne, że trzeba było po prostu wtedy ze mną porozmawiać, zapytać i powiedzieć tak, wyjaśnić sprawę, a nie bić.*

Z drugiej strony zdarza się, że niepijący rodzic jest szansą dla dziecka i adolescenta rodzica alkoholika, jeśli „może umieścić picie tego drugiego w szufladce >>choroba<< dbając o to, żeby dziecko nie było uwikłane w ratowanie czy leczenie" (M. Ilnicka 1998, s. 16). Taką szansą była dla jednej z moich rozmówczyń matka, która starała się ochraniać córkę przed negatywnymi skutkami uzależnienia swojego partnera, okazując jej wsparcie i będąc dostępną emocjonalnie.

[Gosia] *Moja mama, że tak powiem jest… była, jest nadal złota kobieta. Naprawdę, wszystkie problemy dźwignęła na swoje barki (…). Mój brat, jako dziecko, urodził się, był w ogóle reanimowany, brat urodził się niedotleniony i były powikłania okołoporodowe, przez błąd lekarza i moja mama potem, po urodzeniu jego okazało się, że został zarażony jakąś chorobą, coś ze stawem miał, komplikacje, taką poważną, został zarażony w szpitalu i moja mama dzień i noc w szpitalu walczyła, karmiła go, przebierała go, dawała mu leki, gotowała mu jakieś potrawki specjalne, jakieś rosoły z gołębia, no walczyła o jego życie. Moją mamę zawsze pamiętam, jako taką waleczną kobietę, która wiele w życiu zrobiła. (…) Wiem, że moja mama starała się odsunąć nas od problemów, nie obciążając nas jeszcze obowiązkami.*

* * *

Relacje poszczególnych członków rodziny alkoholowej mogą przybierać różną postać i intensywność. Mogą charakteryzować się nadmiernym zaangażowaniem jednostek, które przekraczają swoje granice autonomii, ale również mogą być bardzo zdystansowane. Specyficzną formę przybiera relacja uzależnionego rodzica z partnerem, która, w wypowiedziach moich rozmówców, zawsze opierała się na przemocy psychicznej i/lub fizycznej. We wspomnianych relacjach często **pojawiają się kłótnie, z pozoru błahe, mające na celu: dla alkoholika - znalezienie powodu do picia, a dla nieuzależnionego partnera - rozładowanie napięcia**. Moi rozmówcy wskazywali, że oprócz bycia obserwatorami kłótni w diadzie małżeńskiej często **sami bywali w nie angażowani, tworząc skonfliktowany trójkąt**

rodzinny. Ich rolą najczęściej było **wybawienie z opresji i trudności rodzica niepijącego**. W związku z tym to na nich spadała olbrzymia odpowiedzialność, często niewspółmierna do wieku.

Badani, opowiadając o swoich relacjach z rodzicem uzależnionym, często podkreślali zachowywanie **dystansu emocjonalnego wobec niego**. Ze względu na **nieprzewidywalność jego zachowań, nie czuli się bezpiecznie w rodzinie i starali się jak najczęściej ją opuszczać, ponieważ inne środowiska były dla nich bardziej przewidywalne**. Dla niektórych rozmówców relacja z uzależnionym rodzicem, gdy ten był tej samej płci, co on, miała szczególne znaczenie **w okresie adolescencji, gdy brakowało im rozmów o pierwszych relacjach intymnych, ich nawiązywaniu i podtrzymywaniu**.

Relacje z nieuzależnionym rodzicem bywały różnie opisywane przez moich rozmówców. Jeśli ten **nie stosował wobec nich przemocy psychicznej i/lub fizycznej, wówczas wskazywali, że bywał on źródłem oparcia i poczucia bezpieczeństwa**. Bywało też tak, że niektórzy z nich doświadczali ze strony trzeźwych rodziców **przemocy fizycznej, co znacznie zwiększało dystans w tej relacji**. Należy podkreślić, że **pozytywna relacja zwłaszcza z rodzicem niepijącym może pełnić funkcję ochronną w powstawaniu i rozwoju różnego rodzaju trudności w funkcjonowaniu dziecka i adolescenta, a także radzeniu sobie ze stresem występującym w systemie rodzinnym**. Ponadto relacja z niepijącym rodzicem może być dla dziecka wzorem prawidłowych relacji międzyludzkich i sprzyjać rozwojowi jego kompetencji emocjonalnych, które będą mu potrzebne na każdym etapie życia i w różnych środowiskach społecznych, w tym przede wszystkim w środowisku szkolnym.

8.1.5. Szkoła w okresie dzieciństwa i adolescencji dorosłych dzieci alkoholików

Szkoła jest miejscem, w którym jednostka doświadcza szerokiego spektrum relacji międzyludzkich, zarówno z rówieśnikami, jak również z osobami dorosłymi. Poszerza zakres swoich kompetencji społecznych, doświadcza sytuacji wzmacniających jej zasoby, ale również tych trudnych, z którymi musi nauczyć się sobie radzić. Sposób poradzenia sobie z wymaganiami szkolnymi będzie znacząco rzutował na ich rozwój poczucia kompetencji (K. Appelt 2005, s. 260). Ważną przy tym rolę odgrywają już nie tylko rodzice, ale także nauczyciele, którzy mogą okazać się bardzo istotną częścią wsparcia społecznego dla swoich podopiecznych.

Należy podkreślić, że częściowo problematyka funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w okresie dzieciństwa i adolescencji w środowisku szkolnym została już zarysowana przy opisie właściwych im ról psychologicznych. W tym rozdziale chciałabym się skoncentrować na tych aspektach ich funkcjonowania w szkole, w relacjach z

rówieśnikami i nauczycielami, które są wspólne dla nich wszystkich, a nie wyłącznie dla specyfiki roli, jakiej cechy przeważały w sposobie ich funkcjonowania.

8.1.5.1. Samopoczucie w szkole w okresie dzieciństwa i adolescencji

Odnosząc się do problematyki panującego w szkole klimatu, można najogólniej napisać, że jest nim „sposób spostrzegania przez nauczycieli i uczniów środowiska swojej pracy lub nauki oraz wpływ tej percepcji na ich zachowania" (K. Ostaszewski 2012, s. 23). Czynnikami, które znacząco wpływają na samopoczucie w środowisku szkolnym, wymienianymi w literaturze przedmiotu, są: jakość relacji społecznych, cechy specyficzne dla środowiska wychowania i kształcenia, bezpieczeństwo emocjonalne oraz fizyczne, charakterystyka samego środowiska (K. Ostaszewski 2012, s. 23).

Dzieciom i adolescentom wychowywanym w rodzinie alkoholowej może być trudno funkcjonować w środowisku szkolnym, bowiem **w domu zazwyczaj nie mają okazji do doświadczania prawidłowych relacji interpersonalnych, wsparcia ze strony najbliższych oraz prawidłowych warunków do nauki**. Z drugiej jednak strony szkoła może być dla nich **pierwszym środowiskiem, w którym poczują się bezpieczni i akceptowani, wobec czego z chęcią będą do niego wracać**. Taka dychotomia związana z samopoczuciem w szkole w okresie dzieciństwa i adolescencji zauważalna była w narracjach moich rozmówców. Dla niektórych z nich szkoła była miejscem, w którym nie czuli się dobrze i do którego niechętnie wracali.

[Anita] *Nie lubię tego okresu. Ja nie lubię podstawówki i gimnazjum.*

[Damian] *Szkoła, to był obowiązek, nie było jakiś momentów przyjemnych, to nie. Absolutnie.*

[Ula] *Szkoła podstawowa, to był ten najgorszy moment mojego życia.*

Uli szkoła kojarzyła się źle, ponieważ wówczas **zaczęła nawiązywać relacje interpersonalne z ludźmi spoza kręgu swojej najbliższej rodziny, co mogło wiązać się z przeżywaniem wstydu za chorobę alkoholową jej ojca oraz odkryciem przez jej znajomych**, że u niej w domu istnieje tak poważny problem.

[Ula] *W sensie, że wszystko mogło się wydać. To był moment, gdy zaczęliśmy zapraszać, kiedy krąg znajomych się poszerzył, Człowiek jeszcze nie był taki samodzielny, a później, to generalnie znajomi nie mówili o tym, to znaczy te bliższe przyjaciółki nie mówiły o tym. Czasami okazało się, że ktoś się śmiał ze mnie, czy z mojego taty, za plecami i to wyszło jakoś wbrew tej osobie, która chciała to zrobić za plecami, więc to było niefajne, ale generalnie szkołę kojarzę przede wszystkim z nauką.*

Zdarza się, że „**lęk przed wstydem powoduje, iż dzieci alkoholików izolują się od swoich rówieśników, podczas gdy ci w tym czasie zawiązują i utrwalają przyjaźnie**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 90).

Tak było w przypadku Piotra, dla którego szkoła nie była przyjemnym miejscem między innymi dlatego, że odczuwał wstyd przed rówieśnikami za swojego pijanego ojca, którego ci widywali w stanie nietrzeźwości.

[Piotr] *Jak kiedyś wracaliśmy tam z siostrą i widzieliśmy go, jakoś tam pod wpływem i widzieli tam niestety też nasi znajomi. Kolega i koleżanka też gdzieś widziała i w sumie też była dyskusja, pytanie do nas i w sumie nie wiedzieliśmy, jak odpowiedzieć na ten temat. No, jak mieliśmy odpowiedzieć? To był dla nas trudny temat, niestety. (...) Ja tych kolegów z jednej strony, nie wiem, powiedzmy, jak teraz sobie wspominam, nie wiem, właśnie ten kolega, którego, nie wiem, gdzieś tak, powiedzmy, nie wiem, był moim sąsiadem, który mi pożyczał lekcje, który był kolegą z ławki, to generalnie on i jego siostra widzieli mojego tatę, nie wiem, w tej sytuacji i to było jakoś dla mnie trudne, nie wiem, ta relacja była, nie wiem, jakoś powiedzmy taka niby koleżeńska, ale taka średnia bym powiedział, nie nazwałbym tego jakąś tam przyjaźnią głęboką, nie. Ja się później wstydziłem i nie chciałem chodzić do szkoły.*

Drugiej grupie rozmówców **szkoła kojarzyła się z poczuciem bezpieczeństwa, beztroski** i w związku z tym, dobrze wspominają ten okres w swoim życiu.

[Krystyna] *Ja tam lubiłam do szkoły chodzić, bo mogłam się bawić, wygłupiać i nie było takiej spiny, jak w domu.*

[Adam] *Szkołę bardzo fajnie wspominam, podstawówkę, super, w ogóle.*

Istotnymi czynnikami powodującymi, że badani czuli się dobrze w szkole, były: **osiągnięcia edukacyjne oraz relacje społeczne (z rówieśnikami oraz nauczycielami)**. Niektórzy z nich wskazywali, niezależnie od relacji jakie mieli z rówieśnikami, że szkoła była dla nich przyjemnym miejscem, ponieważ wiązała się z doświadczaniem uznania za ich osiągnięcia edukacyjne, co nie zawsze miało miejsce w domu rodzinnym.

8.1.5.2. Relacje rówieśnicze w okresie dzieciństwa i adolescencji

Relacje rówieśnicze stanowią istotny element życia społecznego dzieci i młodzieży. W każdym z tych etapów (dzieciństwa i adolescencji) odgrywają nieco inną, jednak wciąż niebagatelną, rolę w rozwoju kompetencji społecznych uczniów, bowiem „jakość kontaktów z kolegami, nawiązywane w tym okresie przyjaźnie czy pozycja w grupie, nazywana statusem socjometrycznym, w dużym stopniu wpływają na funkcjonowanie społeczne na dalszych etapach życia" (K. Appelt 2005, s. 284). Jak wskazuje Suniya S. Luthar, zarówno bezpieczna więź z opiekunem, jak również dobre oceny i prawidłowe relacje rówieśnicze w okresie wczesnego dzieciństwa stanowią obiektywny wskaźnik pozytywnej adaptacji dziecka (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2015, s. 224). Jednak to, jak omawiane relacje będą przebiegały, w bardzo dużym stopniu zależy od pierwszych doświadczeń jednostki w kontakcie z innymi ludźmi, a przede wszystkim z rodzicami, bowiem stanowią one „matrycę do

budowania kolejnych z innymi ludźmi, dlatego wszelkie zachowania dorosłych, emocje, którymi jest obdarowywane dziecko oraz ich częstotliwość wpływają na jego widzenie i odbieranie świata. Środowisko wychowawcze, jakim jest rodzina, pełni jedną z wiodących i najistotniejszych ról w tworzeniu młodej osoby jako człowieka, w tym także umiejętności społecznych" (E. Piecuch 2016, s. 347), a często bywa tak, że „**rodziny alkoholowe nie zapewniają prawidłowego podłoża dla rozwoju zdrowego modelu relacji międzyludzkich**"[151] (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 103).

Niektórzy badani nie wspominają dobrze relacji z rówieśnikami w okresie dzieciństwa i adolescencji. Ta grupa osób przeważnie nie wskazywała w swoich narracjach, by niepijący rodzic był dla nich kimś bliskim w okresie dzieciństwa. Z kolei ci, dla których niepijący rodzic stanowił autorytet, był osobą ważną, lepiej wspominają kontakty z kolegami i koleżankami.

Ula, która mówiła w swojej narracji o bliskim kontakcie emocjonalnym z matką, tak opisuje swoje doświadczenia związane z relacjami z grupą rówieśniczą w okresie dzieciństwa.
[Ula] *Z rówieśnikami było w porządku. To znaczy, ja byłam tą średnią, Były te najładniejsze dziewczyny, te takie najmniej, jakby nie najładniejsze, takie trzy schody były. Ja się czułam tak w środku. Były takie momenty, że się bawiłam z tymi najładniejszymi, wtedy z nimi bywałam w grupie i dopóki się nie pokłóciłyśmy, więc wtedy byłam tą w środku. Pokłóciłyśmy się i było takie skakanie, ale generalnie nigdy nie było tak, że nie mam z kim rozmawiać, bawić, zawsze miałam z kim siedzieć. Zawsze, nawet, jak byłam z kimś pokłócona, to były inne osoby, więc myślę, że szło mi dobrze. Z chłopakami też, ale tylko z niektórymi i też miałam relacje ok, nawet tam jakieś miłości, tak, więc tak śmiesznie, więc pod tym względem było… Nie byłam jakaś bardzo śmiała, nie, ale nie też jakaś bardzo skryta. Taka średnia.*

Kasia również wskazała, że była w bliskiej relacji ze swoim niepijącym ojcem. Podkreślała, że była osobą lubianą przez rówieśników i nie miała trudności z wchodzeniem i utrzymywaniem z nimi relacji.
[Katarzyna] *Ja mam wrażenie, tak sobie myślę, może mylnie, ale ja mam wrażenie, że byłam lubianą osobą. Gdzieś mnie tam jednak zapraszano na te wszystkie urodziny, nie urodziny, osiemnastki, miałam grono takich fajnych ludzi. Ale myślę sobie też, że dominowałam bardzo.*

Niektórzy z moich rozmówców, którzy w swoich wypowiedziach nie wskazywali na bliską relację z żadnym z rodziców, podkreślali równocześnie, że mieli dużą trudność w kontaktach rówieśniczych.

[151] Raz jeszcze chciałabym podkreślić, że opisywane przeze mnie tendencje funkcjonowania członków rodziny alkoholowej odnoszą się wyłącznie do grupy osób przeze mnie badanych. Potwierdzają one pewne tezy dotyczące specyfiki funkcjonowania rodziny alkoholowej, które są przywoływane w literaturze przedmiotu, niemniej jednak nie będą odpowiadały wszystkim rodzinom, w których istnieje problem alkoholowy. Są również takie, w których niektóre aspekty nie będą zgodne, np. w jednych dochodzi do przemocy fizycznej, w innych nie, w jednych nieuzależniony rodzic będzie wspierający i emocjonalnie dostępny, w innych już niekoniecznie.

[Piotr] *Natomiast, jeśli chodzi o rówieśników, no to, tak jak mówię, no, generalnie, jak patrzę, nie wiem na te relacje z rówieśnikami, no, to ja widzę, że czasami te relacje, to były trochę takie wymuszone, że to jest właśnie kolega, od którego mam pożyczać, nie wiem, gdzieś lekcje, nie.*

W przypadku Damiana, który akcentował trudną relację ze swoimi rodzicami, gdzie jego uzależniony ojciec był mu obcy, a matka nieprzewidywalna w swoim postępowaniu (raz bliska, a innym razem odrzucająca), wskazał na brak wchodzenia w bliższe relacje rówieśnicze. Były one raczej powierzchowne.

[Damian] *Byłem taki przeciętny, powiedziałbym, w klasie. Poniżej, powiedziałbym, nawet przeciętnej. Pod kątem jakiejś tam, powiedzmy, aktywności towarzyskiej, czy coś. Że jak tam gdzieś były jakieś urodziny, imieniny, no to byłem rzadko zapraszany. Wtedy to nie było jakoś za bardzo w modzie. Rzadko zapraszany. No, ale zawsze było parę osób, z kimś się pogadało o tym, czy o tamtym. Jakieś granie w piłkę, znaczy się gra. Miałem takiego kolegę bliskiego, można by go nazwać przyjacielem, ale to się tam rozjechało po czasie. No to wszystko. Żadnych jakiś tam dziewczyn, coś, nic zupełnie. Pamiętam dopiero w szkole średniej.*

Anita, która zaakcentowała **brak bliskości w relacji z rodzicami i duży dystans emocjonalny, podkreśliła, że miała trudne relacje z rówieśnikami w okresie szkolnym, co powodowało, że szkoła nie kojarzyła jej się jako miejsce miłe i przyjazne**. Jedynie okres przedszkolny wspomina dobrze, ponieważ czuła się akceptowana przez grono rówieśników. Jej trudność w relacjach wynikała również z faktu odmienności zainteresowań i niemożności podzielenia się swoją pasją z kolegami i koleżankami.

[Anita] *Moi rówieśnicy, to taka inna bajka. Miałam z nimi sporo starć. Też uważałam ich ciągle za dziecinnych. Na przykład, miałam bardzo dużo zainteresowań, a w tym momencie interesowały mnie gwiazdy, w sensie nie gwiazdy takich typu osoby, co bardziej interesowało mnie, to astronomia, tak i byłam bardziej zainteresowana historią, jakimiś tam rzeczami.*

Poczucie własnej wartości a relacje z rówieśnikami

Ważną rolę w nawiązywaniu relacji rówieśniczych odgrywa **poczucie własnej wartości**. Jest ono bowiem „jednym z najważniejszych konstruktów osobowościowych człowieka i jednym z głównych regulatorów ludzkiego zachowania, mającym wpływ na stosunek jednostki do siebie i do otoczenia" (R. Biernat 2016, s. 151). Bardzo istotne jest, że wysoka samoocena stanowi fundament dobrego funkcjonowania w grupie. Wynika to z większej zdolności jednostki do przyjmowania informacji zwrotnych od innych ludzi oraz odporności na odrzucenie i krytykę (I. Majewska - Opiełka 2006, s. 150).

W przypadku moich rozmówców, ci, którzy doświadczali przemocy psychicznej i/lub fizycznej ze strony rodziców, otrzymywali więcej negatywnych komunikatów zwrotnych na

swój temat, częściej podkreślali, że bardzo obawiali się krytyki ze strony innych osób i odczuwali lęk w interakcji z rówieśnikami w obawie przed ośmieszeniem bądź odrzuceniem.

[Ula] *Ja mimo, znaczy tak, ja czułam, że jestem osobą… Ja się bałam, że za chwilę ktoś na korytarzu będzie się ze mnie śmiał i że mnie wyzwie. Ja, w pewnym momencie, raz, drugi, zostałam wyzwana od żaby bądź ropuchy, z uwagi na moje oczy i ja jakby, póki nie przyszedł ktoś do szkoły, z kim mogłam porozmawiać, czy jak byłam pierwsza z klasy i pod tą klasą czułam się bardzo niepewnie.*

[Krystyna] *Zawsze byłam nieśmiała. Na półkolonie gdzieś tam, jak mnie mama zapisała, to powiedziałam, że w ogóle nie pójdę i nie poszłam na te półkolonie. Nie poszłam, nie chciałam wyjść, nie poszłam. Także ani na obozy nie lubiłam jeździć. Jak już kogoś znałam, to okej, ale tak jak jeździliśmy na wczasy z moimi rodzicami i jak to nie były dzieci znajomych, to nie zawierałyśmy* (z siostrą) *znajomości. To byłyśmy we dwie, same sobie dzieciakami (…). Byłam nieśmiała i miałam chyba niską samoocenę. Kogo ja tam mogę interesować. Kto tam może się zainteresować znajomością ze mną. A raczej to w ten sposób. Bałam się też, wstydziłam się. No taką niską samoocenę miałam.*

W rodzinie alkoholowej „jeśli nawet rodzice okazywali czasami miłość, to szybko ją odbierali lub przemieniali w obojętność czy złość. Taka niepewna miłość nie mogła stanowić stałego źródła oparcia i akceptacji, koniecznych dziecku" (Z. Sobolewska 2000, s. 5). Dzieci osób uzależnionych od alkoholu bardzo często są odrzucane przez swoich rodziców, co przejawia się w różnych formach interakcji z nimi. Z tego powodu **panicznie obawiają się doświadczać odrzucenia także w innych relacjach społecznych, chociażby tych z rówieśnikami**. Ten lęk bywa tak intensywny, że znacząco utrudnia ich nawiązywanie relacji.

[Ula] *To znaczy, że ktoś mnie pokazał palcem i śmiał się ze mnie w jakikolwiek sposób, to mi się grunt pod nogami po prostu usuwał. Wtedy miał mnie po prostu na tacy. Po prostu mógł, po prostu, zrobić mi każdą krzywdę, nie dotykając mnie. Tak bardzo mnie to bolało.*

[Konrad] *Miałem trudności ze znalezieniem wspólnego języka, czy w ogóle z rozmową. Raczej uważałem, że to, co mam do powiedzenia, w sumie uważałem, że było mało ważne. Próbowałem w jakiś sposób zabłysnąć, natomiast raczej mi to nie wychodziło, z nawiązywaniem relacji. Bałem się, że mnie wyśmieją.*

Wchodzenie w relacje interpersonalne z innymi ludźmi, gdy jest się przepełnionym lękiem, może prowadzić do unikania ich w ogóle, izolowania się lub do wykluczenia społecznego.

Wykluczenie rówieśnicze

W grupie rówieśniczej, która bardzo często stanowi podłoże kształtowania pierwszych relacji społecznych jednostki innych niż te, których doświadcza w rodzinie, dochodzi czasami do wykluczenia danej osoby. Najprościej to zjawisko można zdefiniować jako pozbawienie „człowieka możliwości konstruktywnego zaspokajania potrzeb psychospołecznych i zadań

rozwojowych" (S. Jaskulska, W. Poleszak 2015, s. 156). Osoby będące wykluczane przez rówieśników często doświadczają *bullyingu*, który charakteryzuje się „intencjonalnością, powtarzalnością i nierównowagą sił między sprawcą lub sprawcami a ofiarą" (P. Plichta 2016, s. 30). Najczęściej ofiarami takich działań są osoby bierne, które charakteryzują się słabością fizyczną i przejawiają lęk w relacjach interpersonalnych. Na drugim krańcu znajdują się jednak te osoby, które „mają problemy z koncentracją, są niespokojne i nadaktywne, zachowują się agresywnie, wytwarzają wokół siebie atmosferę irytacji i napięcia, mają zmienne humory, przeszkadzają innym i zwykle nie mają kolegów" (J. Węgrzynowska 2016, s. 12). To, co również ma znaczenie w przypadku odrzucenia przez grupę rówieśników, to wygląd zewnętrzny jednostki (E. Kulawska 2013, s. 197).

Piotr podkreślił w swojej wypowiedzi, że był odrzucany przez grupę rówieśników ze względu na swój wygląd oraz mniejszą sprawność fizyczną.

[Piotr] *I ja pamiętam, że też wyśmiewano się ze mnie w szkole, no, że nie jestem ładny no, że no powiem tak, że wtedy byłem jeszcze brzydszy. Generalnie wyśmiewano się z moich żółtych zębów też, że nie jestem jakiś tam najsprawniejszy no, bo jestem astmatykiem.*

Badany upatruje przyczyny odrzucenia w braku relacji ze swoim ojcem i niepoświęcania mu przez niego wystarczającej ilości uwagi i czasu na wspólną realizację aktywności związanej ze sportem.

[Piotr] *Znaczy, najpierw, nie wiem, gdzieś nie do końca akceptowali, ale ja chciałem, nie wiem, grać w tą piłkę. Chciałem być taki, jak oni - w tym dobrym sensie. Pamiętam, że oni też mieli jakieś tam problemy, tylko oni jakoś inaczej to pokazywali, tą niegrzecznością, a nie płaczem, tak jak ja. (...) No, to pamiętam, że była taka sytuacja, że tata wracał dość późno, akurat wtedy jeszcze nie pod wpływem, że mama się z nami w piłkę bawiła. Generalnie tak czułem, że to nie jest do końca, nie wiem, powiedzmy tak, że chciałbym, żeby tata mnie w tą piłkę nauczył grać.*

W przypadku Gosi powodem dużych trudności w zintegrowaniu się z rówieśnikami oraz tego, że ją odrzucali, było jej wycofanie z relacji z nimi.

[Gosia] *Wycofana byłam (...). Te relacje z rówieśnikami były dalekie.*

Zarówno dla Gosi, jak i Piotra, którzy byli w okresie dzieciństwa odrzucani przez swoich rówieśników, wspólna była **nieobecność fizyczna i/ lub emocjonalna uzależnionego rodzica oraz równocześnie silna, wręcz symbiotyczna destruktywnie, relacja z trzeźwym rodzicem**. Jak wskazuje Franz Ruppert, „w systemach więzi, które bazują głównie na zależności i podporządkowaniu, bardzo trudno jest, ze względu na wymagania i opór innych ludzi, rozwinąć prawdziwą formę autonomii i utrzymać >>własne prawo<<" (F. Ruppert 2012, s. 59). W konsekwencji niełatwe było dla nich budowanie konstruktywnych relacji z

rówieśnikami, skoro ich nieuzależniony rodzic utrudniał im osiąganie autonomii i starał się usilnie mieć ich bardzo blisko siebie.

Relacje rówieśnicze w okresie adolescencji

W okresie dorastania związki z rodzicami oraz rówieśnikami są bardzo istotne dla młodego człowieka. Szczególnie relacje nawiązywane z innymi nastolatkami „są podróżą w nieznane z trudnymi do przewidzenia konsekwencjami swoich działań" (M. Bardziejewska 2005, s. 358). Ponadto „**grupa będzie zapewniała poczucie bezpieczeństwa, ze względu na obcowanie z osobami w podobnej sytuacji, myślącymi podobnie, podobnie postępującymi**" (M. Bardziejewska 2005, s. 360). Relacje rówieśnicze bardzo dużego znaczenia nabierają zwłaszcza dla dzieci z rodzin alkoholowych, dla których mogą stanowić jedyną płaszczyznę doświadczania konstruktywnych interakcji z innymi ludźmi opartych na zaufaniu. Mogą być źródłem wsparcia i wiedzy odnoszącej się do przejścia tak specyficznego etapu rozwojowego, jakim jest adolescencja oraz wiążącej się z tym specyfiki nawiązywania pierwszych relacji intymnych.

Większość badanych dobrze wspomina czas spędzany z rówieśnikami w okresie adolescencji, co wiązało się z odczuwaniem w relacjach z nimi **beztroski, spontaniczności, braku lęku** i stanowiło możliwość przebywania poza własnym środowiskiem domowym.

[Katarzyna] *Po prostu nie utrzymywałam, nie potrafiłam usiedzieć w domu, nie byłam domatorem, tylko gnało mnie do ludzi. Wychodziłam, wracałam w nocy, szalałam, dyskoteki i zabawy, byłam zawsze głośna, zawsze uśmiechnięta, zawsze miałam pełno emocji.*

[Damian] *Także każdy z każdym jakieś tam relacje w klasie miał i potrafiłem jakoś tak bardziej się wybić, bardziej na kogoś, powiedziałbym, bardziej lubianego i ważnego w klasie. I gdzieś to był taki okres w moim życiu, kiedy potrafiłem czasem robić rzeczy, takie od serca, w tym sensie, że rozmawiać z kimś, czy śmiać się tak bardziej spontanicznie. No byłem, wydaje mi się, otoczony osobowościami słabszymi ode mnie. Lubiłem ich i tak dalej ale… no, no, troszeczkę brylowałem i nie wiem, skąd się to wzięło. To też oni się trochę do tego przyczynili, że byli jacy byli, tak i jakoś potrafiłem się w tym znaleźć. Nie było jakiegoś dokuczania, bicia, wyzywania, czy coś w tym stylu. Także wtedy było nawet fajnie, chyba, w tym technikum.*

Tym, co często łączy określone grupy rówieśnicze, to **zainteresowania ich członków** (A. Paszkiewicz 2013, s. 166). Tak było w przypadku Piotra, dla którego okres adolescencji był okresem przełomowym w kontekście znacznej poprawy relacji z rówieśnikami ze względu na naukę gry w piłkę nożną.

[Piotr] *Później, jakoś tam się z czasem to zmieniało, nawet polubiłem niektórych niegrzecznych kolegów, nie wiem, tą grupę niegrzeczną, no, bo generalnie muszę powiedzieć tak, wyśmiewali się ze*

mnie, czasem coś tam, nie wiem, klepnęli, uderzyli, ale później było tak, że to oni właśnie nauczyli mnie w piłkę nożną grać, więc to jakoś do dzisiaj doceniam i dlatego wyrażam wobec nich sympatię.

8.1.5.3. Pierwsze relacje intymne w okresie adolescencji

Związki intymne, szczególnie w okresie adolescencji, cechuje „nietrwałość, często odwrotnie proporcjonalna do gwałtowności uczuć, podatność na różne zewnętrzne i wewnętrzne czynniki zakłócające, tendencja do ukrywania z równoczesną potrzebą pokazywania światu" (W. Sokoluk 2003, s. 126). Pierwsze relacje intymne mają szczególne znaczenie, bowiem „przygotowują do późniejszych związków intymnych, w których pojawia się gotowość do partnerstwa" (M. Bardziejewska 2005, s. 361). W omawianych relacjach młody człowiek uczy się przeżywać frustrację, realnego, a nie idealnego patrzenia na związek dwojga ludzi oraz radzenia sobie z trudnościami, które w nich występują. To, w jaki sposób nastolatek będzie wchodził w pierwsze relacje intymne z drugą osobą, w bardzo dużym stopniu zależy od tego, jak sam siebie postrzega oraz jakiego rodzaju relacje miał z własnymi rodzicami, jaki oni dali mu obraz związku w wyniku funkcjonowania w małżeństwie.

Dzieci osób uzależnionych często kojarzą bliskość i intymność z lękiem i odrzuceniem. Będąc odrzucanymi emocjonalnie przez swoich rodziców, doświadczyły wielu nieprzyjemnych emocji z tym związanych. Mogą przez to obwiniać siebie, mieć niższe poczucie własnej wartości i być przeświadczone, że nie są w stanie funkcjonować w relacji intymnej (Z. Sobolewska 2000, s. 8-9). W konsekwencji nawiązywanie przez nie pierwszych relacji intymnych może owocować wycofywaniem się z nich, gdy zaczyna w nich dominować bliskość emocjonalna i zaangażowanie.

Z poczuciem lęku przed bliskością, w okresie nastoletnim, borykał się Krzysztof.

[Krzysztof] *Tych kontaktów było mało. Ograniczały się do tego, że jak poznałem, to sobie porozmawiałem. Ale żeby pomyśleć o jakimś kolejnym spotkaniu albo umówić się z kimś, to nie. To był jakiś strach. To pierwsze spotkanie z kimś było ok, a potem, jak już może się jakaś analiza włączała, jakieś rozmyślanie i już się tego bałem.*

„**Reakcją na odrzucenie rodziców jest także poczucie niższej wartości**" (Z. Sobolewska 2000, s. 10). Jednym ze sposobów (nie)radzenia sobie z niższym poczuciem własnym wartości jest wycofywanie się z bliskich relacji intymnych.

[Krzysztof] *Bałem się, że musiałbym się otworzyć, zamykałem się jakoś i wolałem się nie spotkać, żeby nie próbować takiej sytuacji. Żeby się coś nie urodziło, zadziało, z tym przecież był problem. Długi czas.*

[Konrad] *Tutaj też już byłem taką osobą mocniej alienującą się od innych grup, jeżeli to już chodzi o ten okres gimnazjum/ początek liceum. No, to też był okres problemów z nawiązywaniem sympatii z młodymi osobami, miałem z tym problem, bo kto się mną zainteresuje?*

Trudność dzieci osób uzależnionych od alkoholu związana z wchodzeniem i utrzymywaniem bliskich relacji intymnych, często wiąże się także **z brakiem wiedzy dotyczącej tego, jak w takich relacjach się zachowywać**.

W swoich wypowiedziach podkreślili to Damian oraz Ula.

[Damian] *Nie potrafiłem tak na ludzi patrzeć, bo nie wierzyłem w siebie, że jestem w stanie ocenić po czyimś spojrzeniu cokolwiek, jak się zachowuje, czy dziewczyna chce jakiegoś zbliżenia, jakiegokolwiek, czy nie chce. To była dla mnie jakaś czarna magia. Jak ja mam w ogóle wiedzieć, jak się zachowywać? Na przykład po pocałunku? Jak doprowadzić do pocałunku? To były takie, nie wiem, no kosmos dla mnie.*

[Ula] *Miałam takiego jednego chłopaka, z którym codziennie przez telefon rozmawialiśmy, ale nawet jeżeli się zadurzyłam w nim, to nie pozwalałam sobie, po prostu nie wolno. I nie było dla mnie opcji. Czyli pod tym względem byłam totalnie niedoświadczona.*

Dlatego zdarzało się, że **moi rozmówcy ograniczali się do przeżywania miłości platonicznej i niedoświadczania prawdziwej bliskości w relacjach intymnych w okresie adolescencji**.

[Krystyna] *Też znowu zakochana byłam platonicznie w koledze ze starszej klasy i chodziłam, ścigałam go, pamiętałam jego plan lekcji, gdzie on może być, żeby koło niego chociaż przejść, popatrzeć.*

[Piotr] *Wiem, że zacząłem się dziewczynami, jakoś mocniej interesować. No i to też było dla mnie jakoś tam trudne, że jakoś tam, te dziewczyny, nie wiem, no jakoś tak mało na mnie zwracają uwagę. Przynajmniej tak, te dziewczyny, które gdzieś chciałem, żeby na mnie zwróciły uwagę. Nie chciałem też się narzucać.*

Z wypowiedzi moich rozmówców można było wywnioskować, że ich pierwsze relacje intymne w okresie adolescencji zazwyczaj nie przebiegały tak, jak sobie tego życzyli. Często trudności w ich nawiązywaniu wynikały z ich niskiego poczucia własnej wartości i braku wiary, że ktoś mógłby się nimi zainteresować, braku wiedzy związanej z prawidłowym przebiegiem bliskich kontaktów między partnerami oraz lękiem przed bliskością i odrzuceniem.

8.1.5.4. Trudności charakterystyczne dla okresu adolescencji

Adolescencja jest tym okresem rozwojowym, w którym kształtowana jest tożsamość młodych ludzi. Jej formowaniu towarzyszy wiele zmian, ale również poszukiwań ze strony nastolatków, eksperymentowania i sprawdzania, czego chcą, jakie mają potrzeby. U młodego człowieka pojawia się również silna koncentracja na specyfice zmian zachodzących w jego ciele. Trudności występujące w domu rodzinnym mogą stanowić istotny czynnik ryzyka wystąpienia u młodego człowieka **zachowań eksternalizacyjnych albo internalizacyjnych** (K. Gąsior 2012, s. 52). W tym okresie rozwojowym mogą przybrać formę między innymi zaburzeń odżywiania, bądź/ i przedwczesnego stosowania środków psychoaktywnych.

Zaburzenia odżywiania

W narracjach niektórych rozmówców akcentowali oni potrzebę dążenia do perfekcjonizmu, która wiąże się z silnym poczuciem przymusu kontroli nie tylko świata zewnętrznego, ale również siebie samych. W tak chaotycznym i nieprzewidywalnym systemie, jakim jest system alkoholowy, niewiele jest okazji do kontroli sytuacji rodzinnej. Adolescentom pozostaje więc możliwość nadmiernej kontroli siebie samych w dążeniu do perfekcji. Omawiane dążenie do perfekcjonizmu, ciągły stres, zatarte granice wewnętrzne w systemie rodzinnym, wikłanie nastolatków w trójkąt rodzinny, stanowią istotne czynniki ryzyka w tym okresie rozwojowym, w kontekście **występowania zaburzeń odżywiania w postaci bulimii bądź anoreksji** (E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat 2011, s. 185). Jak wskazuje C. P. Wilson, C. C. Hogan oraz T. L. Mintz, na zaburzenia odżywiania najczęściej cierpią dziewczęta najgrzeczniejsze w rodzinie, perfekcjonistyczne i chcące wszystkich zadowolić, które chcą przy tym osiągnąć sukces i pomagać swoim rodzicom (C. P. Wilson, C. C. Hogan, T. L. Mintz 1985).

W przypadku moich rozmówców wyżej wymienione trudności **wiązały się z faktem niemożności odnoszenia sukcesów w tych płaszczyznach, w których wcześniej były odnoszone oraz z niemożnością kontrolowania tych aspektów, które wcześniej poddawane były kontroli.** Z pewnością przyczyną występujących trudności był także fakt tłumienia różnych nieprzyjemnych uczuć, np. nieuświadomionego poczucia winy, które dały swój wyraz w postaci choroby somatycznej (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 105).

U Uli, wzorowej uczennicy, trudności pojawiły się w liceum, w momencie, gdy zaczęła otrzymywać niższe oceny. W rezultacie próbowała poddać kontroli swoje ciało, prowadząc do autodestrukcji.

[Ula] *Bo w podstawówce szło mi dobrze. Natomiast w liceum okazało się, że są lepsze osoby ode mnie, że nie jestem już tą gwiazdą, tą wzorową i tą najlepszą, no i to było dla mnie… Musiałam długo przywykać do tej roli. Z czasem myślę, że mniej mi przeszkadzało to, że nie jestem najlepsza, z jakichś przedmiotów. Natomiast, teraz tak mi przyszło do głowy, że chyba znalazłam inną strefę, w której mogłam konkurować i być najlepsza i w tym zdecydowanie byłam najlepsza, czyli zaczęłam się odchudzać. Tak i to jest taka… bo pewne rzeczy przerobiłam. Ja musiałam po prostu coś kontrolować, żeby czuć, że stoję na ziemi. (…) I anoreksja w ogóle, w dzieciństwie kontrola nie dawała mi takiego mocnego poczucia mocy, jak anoreksja. Dawała mi bardzo mocne poczucie mocy.*

W przypadku Grażyny niemożność kontrolowania różnych aspektów funkcjonowania członków systemu rodzinnego, z powodu jej wyjazdu, spowodował ukierunkowanie percepcji na siebie i silną kontrolę siebie samej.

[Grażyna] *I zawsze mówił, że mamy jeść, bo trzeba mieć siłę, żeby w polu robić a to, że całą podstawówkę miałam nadwagę to... (…). Oczy mi się otwarły, że ja zawsze byłam gruba. W sensie, że miałam zawsze nadwagę. No i jak już wyjechałam w liceum, to zafiksowałam się strasznie na diecie, na odchudzaniu, na swoich różnych tam aspektach.*

Natomiast u Gosi zdiagnozowano zaburzenia odżywiania w **postaci anoreksji, gdy rozpoznano depresję u jej uzależnionego od alkoholu ojca**.

[Gosia] *To był* (data) *rok, to miałam czternaście lat chyba wtedy, tak mniej więcej trzynaście/ czternaście, to w* (data) *roku gdzieś tak koniec* (nazwa miesiąca)*, zdiagnozowano gdzieś tam u mnie zaburzenia odżywiania, niestety. (…) Także no co… Jakby na moją chorobę wpłynęło pewno to, sytuacja w domu, jak to powiedzieli terapeutka i psychiatra. Na pewno wpłynęło to, że te relacje między rodzicami nie były zbyt dobre. Na pewno wpłynęło to, że mój brat miał wypadek, bo wjechał pod tira i leżał długi czas na neurochirurgii w bardzo złym stanie. No i przez te problemy z koleżankami w szkole. Między innymi jedna, która mnie mobbingowała, można tak nazwać, przez te problemy ona mnie nazywała baleronem, ona mnie nazywała, różne takie określenia… No i to się rozwinęło. Ja miałam trochę słabą psychikę przez to, co się działo, no to byłam podatna na takie rzeczy niestety i się stało.*

Z narracji Krystyny wynika, że jej trudności związane z odżywianiem wiązały się **z nadmiernym dokarmianiem przez uzależnionego rodzica** i w efekcie doprowadziły do jej **nadwagi**.

[Krystyna] *Trochę byłam poza normą, no byłam raczej. Nie chciałabym, żeby moje dzieci były takie, ale jak moja koleżanka z biura, na przykład, ma córeczkę i też stwierdziła, że ona jest zbyt pulchna i ją teraz odchudzi i jak ją zobaczyłam, to stwierdziłam, że była taka mniej więcej… taka jak ja, ta jej córeczka i stwierdziłam, że niekoniecznie musi ją torturować tymi dietami, nie, że to nie jest takie straszne ekstremum, że się ruszać nie może. Jeździłam na rowerze, mnóstwo spędzałam czasu, byłam sprawna fizycznie, po górach chodziliśmy, na pielgrzymki chodziłam przecież, kilometry robiłam. Bardzo lubiłam, ruszałam się cały czas, tylko tatuś mi podkładał zawsze: >>Córeczko, weź sobie zjedz, no to zjedz sobie<<. Dlatego trochę więcej tego było.*

Jak wskazują Weber i Stierlin, rodziny z dzieckiem chorującym na jadłowstręt psychiczny, charakteryzują się określonymi strukturami w ich ramach oraz pewną specyfiką funkcjonowania. Są to najczęściej rodziny z **zamkniętymi granicami zewnętrznymi**, niemniej jednak z wieloma **uwikłaniami wewnątrz systemu** rodzinnego. Rodzice dążą do **uzależnienia emocjonalnego dziecka** od siebie przy ograniczaniu jego autonomii i niezależności. Ponadto dziecko ma **poświęcić się** dla dobra rodziny i **spełniać określone wcześniej oczekiwania rodziców**. Ostatnią zasadą jest **lojalność** wobec rodziców, której nieprzestrzeganie skutkuje wystąpieniem poczucia winy (B. Pawłowska, M. Chuchra, M. Masiak 2004, s. 1019-1030).

Jedną z charakterystycznych cech funkcjonowania rodziny, w której dziecko choruje na jadłowstręt psychiczny, jest jego **podporządkowanie się określonym zasadom funkcjonującym w systemie. „Chcąc zasłużyć na uwagę matki i/lub ojca, dziewczęta starają się za wszelką cenę sprostać tym wymaganiom (tzw. modelowe, idealne dzieci)**" (A. Brytek, B. Izydorczyk 2008, s. 159).

Całkowicie podporządkowana zasadom narzucanym przez swojego restrykcyjnego ojca była Ula, która musiała z przesadną dokładnością realizować codzienne obowiązki domowe oraz aktywności związane z dbaniem o higienę intymną.

[Ula] *Na przykład musiałam odpowiednio wypluwać wodę po umyciu zębów, więc, jak robiłam to za głośno, to było to źle. Sedes po sobie też trzeba było zostawić czysty, więc był pokaz i to w taki sposób, jak mam wycierać sedes. Pasek na wannie, po kąpieli, zawsze musiał być umyty płynem.*

Mimo że Grażyna, Krystyna, Gosia oraz Alicja nie cierpiały na jadłowstręt psychiczny, ich waga również stanowiła istotny element funkcjonowania i wszystkie wykazywały, **symptomy zaburzeń odżywiania** w postaci **nadwagi, a następnie kompulsywnego odchudzania się**. W ich narracjach pojawiają się wątki charakterystyczne dla funkcjonowania zaburzonego systemu rodzinnego, w którym dziecko wykazuje objawy zaburzeń odżywiania.

U Grażyny była to między innymi **silna lojalność i posłuszeństwo wobec autorytetu rodziców**, w przypadku Krystyny i Gosi **trudności separacyjne charakterystyczne dla okresu adolescencji i uzależnienie emocjonalne,** z kolei Alicja podkreśliła **problem związany z niewyrażoną i tłumioną złością**, który uzewnętrznił się w postaci chęci wyrządzenia krzywdy sobie bądź innym ludziom. Wskazała również na somatyzację trudności przejawiającą się w postaci epizodów bulimicznych.

[Grażyna] *Bo nie potrafiłam odmówić, ani mamie, ani tacie, w sumie tacie to się nie odmawia, bo albo zrobię, albo jestem zła i nie słucham.*

[Krystyna] *Kupowano mi ogrom słodyczy i: >>no jedz, jedz, boś kruszyna<<, a bynajmniej kruszyną bym siebie nie nazwała. (...) No wiesz, ja to byłam strasznie blisko jakoś do taty. Mimo jego picia, to tak się trzymałam. Nie ukrywam, że bywało mi trudno bez niego i mocno przeszłam to, jak musiałam go dłużej nie widzieć.*

[Gosia] *Strachliwa, zahukana, można powiedzieć. Córeczka mamusi, bo nadal jestem córeczką mamusi, bo moja mama, można powiedzieć, przez to, jaka była, zawsze byłam pod kloszem, no i zawsze byłam taką córeczką mamusi.*

[Alicja] *Także jakoś wtedy wiedziałam, że muszę się wyprowadzić z domu, bo po prostu albo zrobię komuś krzywdę, albo sobie, albo zeświruję. Były trzy wyjścia (...). Tak. Tak, no, bo jakby gdzieś myślę, że bardzo mocno poszłam w tą autodestrukcję. W takie zatracanie gdzieś siebie, bo i takie objawy bulimiczne.*

Stosowanie środków psychoaktywnych

„Zachowania ryzykowne adolescentów i adolescentek, w tym używanie alkoholu, mogą być rozumiane jako zachowania, które młodzież podczas rozwoju podejmuje jako środek do osiągnięcia ważnych dla tego rozwoju celów, między innymi konstruowania tożsamości" (B. Jankowiak, E. Wojtynkiewicz 2018, s. 173). Szczególnie istotna jest wówczas jakość ich relacji rówieśniczych, ale również specyfika funkcjonowania rodziny, bowiem „ekspresji zaburzeń, zachorowań i innych form nieprzystosowania sprzyja występowanie w środowisku wzrostu i rozwoju jednostki tak zwanych czynników ryzyka, przy jednoczesnym deficycie zasobów kompensujących ich zagrażający wpływ" (B. Ziółkowska 2005, s. 384).

Odwołując się do mechanizmów podatności na rozwój zaburzeń u osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej, w jednym z prostych modeli mediacyjnych podkreśla się istotność ich indywidualnych różnic w zakresie reakcji na alkohol. Hipotetycznie wskazuje się przy tym, że dzieci reagują w specyficzny sposób na etanol, co stanowi istotny czynnik ryzyka rozwoju uzależnienia od alkoholu w przyszłości. „Założenie o wrodzonej predyspozycji do specyficznego reagowania na alkohol oznacza większą wrażliwość na wzmacniające i pozytywne skutki działania alkoholu" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 54). Omawianymi pozytywnymi skutkami mogą być, np.: pożądana zmiana nastroju, odprężenie, zmniejszenie odczuwanego stresu, który może być szczególnie intensywny również w trakcie nawiązywania i podtrzymywania relacji rówieśniczych. Jest to szczególnie widoczne, gdy jednostka ma niskie poczucie własnej wartości, zmniejszające jej pewność siebie w relacjach z innymi osobami.

Tak było w przypadku niektórych moich rozmówców, którzy, **w celu redukcji napięcia w trakcie wchodzenia w relacje rówieśnicze, stosowali różnego rodzaju używki, w tym także alkohol**.

[Katarzyna] *Ja nie chciałam niczego, chciałam zaimponować chłopakom. Potem, jak się zdarzało, a się zdarzało oczywiście, pić piwo, jak byłam nastolatką i to nie raz, nie dwa, nie trzy, za to byłam karcona strasznie przez moich rodziców, którzy uważali, że się upodlić gorzej już nie mogłam. To było to, że tak jak wspominałam, ja byłam zakompleksionym człowiekiem. Jak chciałam się coś odważyć, albo być fajna, to myślałam, że muszę wypić. No ja wiem, jakie to groźne. Mam świadomość.*

[Krystyna] *Wtedy już tam pamiętam, że miałam mocną głowę i wtedy taka byłam dosyć pewna siebie, że mogę dużo wypić i nic mi nie jest, że miałam to raczej, miałam wszystko pod kontrolą. A że mi się film urwał, to może było trzy razy w życiu (...). Tak, że wesolutko ma być, że wesoło, że rozluźniająco się ma być. I raczej, żeby udowodnić tym wszystkim facetom, co już pod stołem leżą, że ja tu z nimi piję i nic mi nie jest, a wy sobie tam leżcie pod tym stołem. Że ja jestem mocna baba.*

Alicja podkreśliła, że w okresie adolescencji **nadużywała substancje psychoaktywne, takie jak alkohol i nikotyna**.

[Alicja] *Zaczęłam jakoś też bardzo często zaglądać do kieliszka. I to nie były takie stany sobie tam na przykład dwa piwa, tylko to były takie stany na przykład, gdzie ja traciłam jakoś kontakt z rzeczywistością. No, więc, to też były takie sytuacje, gdzie to były 3-4 dni, na przykład, w ciągu takich pod rząd. Do tego jeszcze, co zjadłam, to zwymiotowałam i wtedy bardzo namiętnie paliłam papierosy i piłam mocne kawy, więc jakby cały ten zestaw, czyli wypłukiwanie przez alkohol elektrolitów, jakby właściwie wszystko, cokolwiek zjadłam, no to zwymiotowałam.*

Z kolei Krzysztof, będąc w kontakcie ze znajomymi, czasami stosował narkotyki w celu poprawy samopoczucia i zwiększenia pewności siebie.

[Krzysztof] *One euforycznie działały i, jak tam wiadomo, jeździłem na imprezy, to nie, potem rozstanie z dziewczyną, była tragedia dla mnie, bo bardzo zabiegałem o nią, bardzo to przeżyłem, no i była ucieczka, żeby sobie polepszyć humor. No, narkotyki - taka terapia.*

Oprócz alkoholu regularnie także **palił papierosy** w okresie adolescencji.

[Sławek] *Tam jakieś papierosy też były, bo były rzeczywiście, ale to chyba, chociaż to nie w dzieciństwie, to było już w gimnazjum, zacząłem wtedy.*

Zachowania ryzykowne młodzieży, zaburzenia odżywiania czy stosowanie śroków psychoaktywnych, często stanowią charakterystyczny symptom trudności, które występują w domu rodzinnym młodego człowieka, bowiem „nieprawidłowe zachowanie pojedynczego członka systemu rodzinnego (tu: adolescenta) nazwać można objawowym odbiciem emocjonalnego zaburzenia całej rodziny" (B. Ziółkowska 2005, s. 391). Osobami, które mogą zapoczątkować proces pomocowy w tym okresie i stać się ważnym źródłem wsparcia młodego człowieka, są nauczyciele, spędzający z nim czas i mający możliwość dostrzeżenia trudności, z którymi ten się boryka.

8.1.5.5. Relacje z nauczycielami w okresie dzieciństwa i adolescencji

Okres szkolny jest czasem, w którym nauczyciel często staje się jedną z ważniejszych osób w życiu młodego człowieka. Wystawiając określone oceny uczniowi, może częściowo potwierdzić bądź zanegować jego poczucie własnej wartości. „Nauczyciel dziecka w wieku szkolnym z jednej strony jest więc obiektem uwielbienia, lecz z drugiej strony niesie na swych barkach ogromną odpowiedzialność, w jego rękach bowiem leży dalszy rozwój dziecka" (K. Appelt 2005, s. 280). W literaturze przedmiotu szczególnie mocno podkreśla się „**istotną rolę nauczycieli, wychowawców i pozytywnych doświadczeń edukacyjnych młodych ludzi w kształtowaniu pozytywnej adaptacji i odporności psychicznej, zwłaszcza u osób z grup ryzyka zagrożenia psychopatologią**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 156).

Omawiana obecność wspierającego dorosłego jest szczególnie istotna w przypadku dziecka, dla którego kontakt z rodzicami opierał się na przeżywaniu odrzucenia, lęku i częstych zawodów. Nauczyciel bywa pierwszym dorosłym, na którym dziecko może polegać i z którym może nawiązać bliską relację.

W rezultacie, dla niektórych moich rozmówców, zwłaszcza tych, którzy nie mieli bliskich relacji rówieśniczych, nauczyciel był osobą bardzo ważną.

[Anita] *Więc bardziej byłam pupilkiem nauczycieli. Przez to nie lubili mnie ludzie- rówieśnicy. Tak, jak mówię, ja byłam bardziej pupilkiem nauczycieli, z nimi sobie spędzałam przerwy, bo mnie lubili. Bo lubiłam z nimi rozmawiać. Bo to było takie pozytywne.*

[Krystyna] *Byłam grzeczna przeważnie. Moja pani od 1 do 3, to mnie uwielbiała, byłam ulubienicą, ona warkoczyki mi zakręcała w trakcie lekcji.*

W specyfice zawodu nauczyciela ogromną rolę pełnią jego **kompetencje komunikacyjne, a więc „zdolność do dialogowego sposobu bycia czy - mówiąc inaczej - zdolność do bycia w dialogu z innymi i z sobą samym**" (Z. Kwieciński, B. Śliwerski 2003, s. 300). Pisząc „dialog" nie można ograniczać się do wyłącznego przekazywania informacji między jednostkami, ale przede wszystkim należy wskazać na „wymianę myśli, kontakt osobowy, intelektualny i emocjonalny oraz wymianę wartości. Wyraża się nie tylko w komunikowaniu werbalnym, lecz także w formie komunikacji niewerbalnej. W toku dialogu następuje wczuwanie się w świat drugiego człowieka, ma on więc charakter empatyczny. Związany jest ze stylem komunikacji asertywnej, charakteryzuje go symetryczność stosunku, równość dawania i odbioru, wzajemność, podmiotowość uczestników" (G. Cęcelek 2006, s. 54). Rodzice dzieci z rodzin alkoholowych często nie okazują im wystarczająco dużo zainteresowania, ponieważ sami są pogrążeni we własnych trudnościach. Zazwyczaj dzieje się tak, że nawet rodzic niepijący tak intensywnie koncentruje się na swoim uzależnionym współmałżonku, że zainteresowanie dzieckiem zanika (Z. Sobolewska 2000, s. 5). W rezultacie **uwaga nauczyciela, a konkretniej, obecność tzw. dobrego dorosłego, może być czynnikiem ochronnym neutralizującym czynnik ryzyka, jakim jest między innymi brak rodzicielskiego nadzoru** (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 59).

Dla mojej rozmówczyni Katarzyny, taką osobą był nauczyciel wychowania fizycznego, który okazywał jej szczere zainteresowanie i dowartościowywał, co miało dla niej szczególne znaczenie.

[Katarzyna] *W liceum miałam nauczyciela, złoty człowiek. Do końca życia będę wspominać Andrzeja Iksińskiego. Od początku, od pierwszej klasy liceum, był moim w-fistą. Taki gość, miał tam, starszy od moich rodziców, w każdym razie i on był taką duszą towarzystwa. Do mnie wołał: >>moja czarnulka<<.*

Bardzo mi to imponowało. Chyba potrzebowałam takiego, nie wiem, ojca numer dwa? Przechodził: >>jak tam moja czarnulka? A zjadła kanapkę? A co, a tamto?<< I to był pan Andrzej.

Dla Krystyny bardzo ważna była relacja z wychowawczynią, ponieważ ta potrafiła **zatroszczyć się o jej, oraz reszty klasy, samopoczucie i bezpieczeństwo**.

[Krystyna] *Miła była, dbała o nas, dbała o nas, po prostu, jak o całą klasę też. Można było z nią pogadać o wszystkim. Zawsze nas broniła.*

Dla Konrada i Anity relacja z nauczycielami była szczególnie ważna, ponieważ dawała im poczucie **bycia zrozumianymi i akceptowanymi, czego z kolei nie doświadczali ze strony rówieśników i rodziców**.

[Konrad] *Ja wolałem swoje zainteresowania, czyli w pewnym wieku fantastyka. Wcześniej strasznie się jarałem paleontologią, dinozaury i tak dalej, takie wielkie i potężne, więc to było moje hobby. Nie miałem też zbyt wielu wspólnych języków z innymi uczniami, kolegami. Z nauczycielami, tak jak wspomniałem, miałem dosyć dobre relacje i też miałem o czym z nimi porozmawiać.*

[Anita] *W podstawówce najlepiej wspominam nauczycielkę od historii, bo mnie doceniała. W dużym stopniu mnie bardzo doceniała, nauczycielka historii, bo ona jakby zaszczepiła we mnie zainteresowanie wobec historii. Bardzo byłam zainteresowana historią Egiptu, co jej się bardzo podobało, bo też bardzo dużo nad tym pracowała. Bardzo często do niej podchodziłam, czy ma jakieś książki ciekawe na ten temat, bo ona zawsze miała coś ciekawego, więc jakoś tam fajnie było pomiędzy nami, połączenie wobec zainteresowania, bo ona mogła mnie czegoś nauczyć i ja czasami przynosiłam coś, co ją interesowało. Ona, na przykład, nie wiedziała, a ja byłam w stanie wiedzieć. Więc mniej więcej pani z historii. Pani z historii – gimnazjum.*

Nie wszyscy moi rozmówcy wspominają dobrze relacje ze swoimi nauczycielami. Dla Alicji była ona odzwierciedleniem tego, jaką relację miała z rodzicami, czyli **relacji opartej na przekraczaniu granic drugiej osoby oraz przemocy fizycznej i/lub psychicznej**.

[Alicja] *Byli tacy nauczyciele wiesz, daty takiej, że się biło ucznia. Pamiętam taką nauczycielkę, która mi linijką przydzwoniła tak, że mi się gwiazdki pokazały, bo zamiast podać jej tam złotówkę, pamiętam, wtedy ona miała taką tam katedrę, tu były ławki, ona miała to biurko, tą katedrę wyżej, ja nie mogłam dosięgnąć, żeby jej położyć tą złotówkę, tylko jej tak podrzuciłam. No, to ona to odebrała, jako takie chamstwo i dostałam tam linijką po łapach za to. Na grochu też klęczałam w kącie. Też za jakieś tam dziwne przewinienie, którego w ogóle nie miałam takiej intencji. Za włosy też byłam ciągnięta, tutaj z tyłu, to tu było za uszami, boli jak jasna* (wulgaryzm). *No i to tak wiesz, pierwsza, druga, trzecia klasa, to tak jakoś pamiętam. Taki rygor w tej szkole, ma być tak i koniec. Potem, jak już poszłam do innej podstawówki, czwarta klasa, to ten język polski już trochę inny był, bo ja lubiłam tak i te wszystkie, jak były takie ciekawe opowiadania, coś co pobudzało wyobraźnię, na przykład interpretacja wierszy, to się tym rozwijałam na wszystkie strony. No, to z tego języka polskiego, to jakoś ta nauczycielka już jakoś inaczej, dawała tak przestrzeń do myślenia własnego. To mi tak pasowało. Natomiast matematyczkę*

miałam w czwartej klasie taką, co mnie lała i wyzywała od cholery i w ogóle, od matko do ciebie. Ale nauczyła tej matematyki, tak długo stałam przy tablicy, dopóki nie zrozumiałam tego zadania. Czasami, to smarki do pasa wisiały i gluty z oczu leciały. Ale jakby, no coś tam z tej matematyki kumałam. Potem, jak przyszła ta nauczycielka, taka po studiach, taka wiesz, no to, rozumiesz- to dobrze, nie rozumiesz - twój problem. Ja wiem, że... Ściągałam tam potem, takiego jednego kolegę miałam i jak się pokłóciliśmy, to mi się oceny zepsuły z matematyki, bo jak ściągałam od niego, a byliśmy na tyle cwani, że nie ściągałam wszystkiego, tylko ściągałam niektóre rzeczy, żeby na tę czwórkę. Wystarczyła mi czwórka, bo wiedziałam, że ona nie jest głupia i na piątkę na to, jak idę do tablicy, to raczej niekoniecznie, na sprawdzian się mogę nauczyć. No, ale potem się pokłóciłam z tym kolegą i były dwójki i były trójki i mówi: >>Coś tu spadłaś w tej nauce<<. No także… Nie wiem, jakieś tak, też było dużo nauczycieli, których się bałam na przykład. Taki system wtedy był.

Alicja podkreśliła, że nauczyciel zamiast być wsparciem **wzmacniał jej poczucie niższej wartości**.

[Alicja] *Nygus byłam. Nie chciało mi się uczyć, co, oczywiście, usłyszałam od pani od polskiego wielokrotnie.*

Damian również stwierdził, że w **relacjach z nauczycielami występowały elementy przemocy psychicznej względem niego**.

[Damian] *Mam jej obraz przed oczami, jak raz się na nią zezłościłem. Trzasnąłem drzwiami, kazała po mnie zawołać. Strasznie mnie opierdzieliła, nawrzeszczała niemiłosiernie, że trzasnąłem tymi drzwiami. Kazała się przepraszać.*

Nauczyciel w szkole może być osobą szczególnie ważną, działającą ochronnie wobec ryzyka eksternalizacji bądź internalizacji trudności u dzieci i młodzieży. Spełnia szczególnie ważną rolę, ponieważ spędza z dzieckiem bardzo dużo czasu i dysponuje narzędziami, by interweniować, gdy widzi, że dzieje się coś złego.

Damian oraz Alicja, będąc osobami dorosłymi**, wyrazili żal wobec nauczycieli, że nie dostrzegli, że mają oni trudności w domu i że nie zareagowali odpowiednio**.

[Alicja] *Tym bardziej, że byłam z tym sama, żaden nauczyciel mi nie pomógł, a też byli świadkami różnych rzeczy.*

[Damian] *To naprawdę ja... Teraz mam żal do dorosłych, że nikt tam jakoś o nas nie zadbał, o mnie i o brata.*

* * *

Moi rozmówcy opisywali okres szkolny w dychotomiczny sposób: niektórzy bardzo lubili przestrzeń szkolną, inni z kolei czuli się w niej źle. Było to podyktowane przede wszystkim jakością ich relacji z rówieśnikami, nauczycielami oraz wynikami edukacyjnymi.

Niektórzy wskazywali, że **szkoła była dla nich miejscem, w którym odczuwali dodatkowy niepokój spowodowany zwiększonym prawdopodobieństwem zdemaskowania rodzinnego sekretu dotyczącego istnienia problemu alkoholowego**. Wiązałoby się to z przeżywaniem przez nich **wstydu**. Z kolei dla innych stanowiła bezpieczną przestrzeń, **ponieważ nie musieli już tak intensywnie kontrolować swoich reakcji i postępowania jak w domu rodzinnym**. Mogli być spontaniczni i beztroscy, nie obawiając się tego, jakie konsekwencje mogą ich z tego powodu spotkać.

Istotne znaczenie dla samopoczucia w szkole miała jakość relacji rówieśniczych. Dużą rolę odgrywały przy tym ich **relacje z rodzicami, które rzutowały na sposób wchodzenia i utrzymywania interakcji z kolegami i koleżankami**. Ci z rozmówców, którzy akcentowali **dobre relacje z nieuzależnionym rodzicem będącym dla nich wsparciem, częściej mówili o dobrych relacjach z rówieśnikami aniżeli ci, którzy nie odczuwali wsparcia ze strony trzeźwego rodzica**. Często jakość relacji z rówieśnikami była podyktowana (nie)możliwością dzielenia wspólnych pasji, zainteresowań, co bywało wyznacznikiem (nie)chęci interakcji rozmówców z nimi.

Niebagatelną rolę, w omawianym aspekcie, odegrało poczucie własnej wartości badanych. Ci z rozmówców, którzy w relacjach z rodzicami z większym natężeniem otrzymywali negatywne komunikaty zwrotne na swój temat, byli obarczani dużą krytyką, równocześnie mieli większe obawy przed wchodzeniem i utrzymywaniem relacji rówieśniczych. Te obawy w znacznym stopniu utrudniały im nawiązywanie relacji z kolegami i koleżankami. Równocześnie odczuwali silny lęk przed odrzuceniem, który często uniemożliwiał im zapoczątkowanie relacji z drugim człowiekiem.

W okresie adolescencji kontakt moich rozmówców z rówieśnikami był istotny głównie z powodu możliwości **dzielenia wspólnych pasji, spędzania ze sobą wolnego czasu**. Niemniej jednak, ci, dla których kontakt ten był **powodem lęku, stosowali używki w celu ułatwienia nawiązywania relacji rówieśniczych**.

Istotną rolę w życiu każdego adolescenta odgrywają pierwsze relacje intymne. Jak się okazuje, moi rozmówcy (szczególnie mężczyźni) mieli **trudność w ich inicjowaniu, a wynikało to z lęku przed bliskością, obawą przed krytyką**. Równie ważnym czynnikiem, który powodował ową trudność, był **brak wiedzy co do sposobów zainicjowania pierwszego spotkania i tego, jak takie relacje powinny wyglądać. Przyczyn trudności można upatrywać w braku odpowiedniego wzorca mężczyzny/ kobiety wyniesionego z domu rodzinnego**. W konsekwencji zdarzało się, że przeżywali miłość platoniczną, nie doświadczając w tym okresie bliższych relacji z osobami płci przeciwnej.

Mówiąc o okresie szkolnym, należy również podkreślić **rolę nauczycieli w funkcjonowaniu moich rozmówców**. Jak wynika z ich wypowiedzi, zdarzało się, że to właśnie oni byli j**edynymi dorosłymi, którzy okazywali im zrozumienie i przede wszystkim zainteresowanie**, co stanowiło dla nich szczególną wartość. Zdarzało się również (szczególnie w przypadku starszych rozmówców), że **kontakt z nim był powieleniem przemocowego kontaktu z rodzicami**. W konsekwencji nauczyciel nie był dla nich autorytetem, osobą godną zaufania i stanowiącą wzór do naśladowania w płaszczyźnie nawiązywania i podtrzymywania konstruktywnych relacji.

Oprócz określonych zadań rozwojowych, którym musi sprostać każdy młody człowiek, dorastanie w rodzinie alkoholowej jest źródłem stresu i dodatkowym obciążeniem. Osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej szybko uczą się, że muszą wypracować określoną strategię radzenia sobie, chcąc przetrwać w otaczającej je chaotycznej i nieprzewidywalnej rzeczywistości.

8.1.6. Radzenie sobie z trudnościami w okresie dzieciństwa i adolescencji

Konstruktywne radzenie sobie ze stresem jest kategoryzowane w literaturze przedmiotu jako jeden z indywidualnych czynników chroniących dzieci osób uzależnionych od alkoholu przed wystąpieniem różnego rodzaju zaburzeń. Wspiera ono proces pozytywnej adaptacji jednostki (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 68; 22) i jest szczególnie ważne w przypadku dzieci wychowywanych w rodzinie alkoholowej, w której stres jest czymś, co niemal nieustannie towarzyszy jej członkom.

8.1.6.1. (Nie)radzenie sobie ze stresem w rodzinie w okresie dzieciństwa i adolescencji

Moi rozmówcy w różny sposób (nie)radzili sobie ze stresem pojawiającym się w rodzinie. W większości, doświadczając trudnej sytuacji, stosowali radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu, a konkretniej, **poprzez unikanie zorientowane osobowo, które polega „na poszukiwaniu kontaktu z innymi”** (I. Heszen 2013, s. 76). Ci spośród nich, którzy mieli dobrą relację ze swoim niepijącym rodzicem w pierwszej kolejności szukali u niego ukojenia w trudnych i stresujących momentach.

Tak było w przypadku Konrada oraz Gosi.

[Konrad] *Żaliłem się mamie, to na pewno. Na pewno tam były jakieś rozmowy (...). No tata, wiadomo, że po co i dlaczego? No mama próbowała mnie pocieszyć, chociaż czasami dużo wymagała, a siostry szczerze powiedziawszy nie pamiętam, jaka była reakcja.*

[Gosia] *Z mamą dużo w stresie rozmawiałam. Z mamą albo babcią.*

Damian oraz Piotr stosowali drugą formę radzenia sobie skoncentrowaną na unikaniu, a **konkretniej unikanie zorientowane na zadanie, które polega na „zaangażowaniu się w aktywność zastępczą**" (I. Heszen 2013, s. 76).

[Damian] *Ja sobie w ogóle nie radziłem. Ja po prostu robiłem… (…) Generalnie zaniedbywałem wszystko. Tak, jakby podejście, że czas leczy, to, czy jak z dziewczynami powiedzmy. Nigdy w życiu, może raz, ale to było takie straszne szaleństwo, poważnie podchodziłem do tego, bo to była moja taka pierwsza dziewczyna, a tak, to ja przestawałem się odzywać. No, nie potrafiłem: >>Wiesz co, słuchaj, jednak nie chce, to nie ma sensu<<. No wiesz, o co chodzi. Nic z tych rzeczy. Zawsze tak przez zaniedbanie, można powiedzieć, a to nie było zamierzone. Bo ja to nie, no to pójdę tam powiedzmy, powiedzieć jej, zadzwonię, napiszę jej list, whatever. A to później, a to może pojutrze. Robiłem co innego. Zajmowałem się innymi rzeczami.*

[Piotr] *Radziłem sobie ze stresem też czytaniem książek. Też, wiesz co, no późno mieliśmy komputer, późno mieliśmy komputer i generalnie też jakoś tam nie często graliśmy, też pod koniec chyba zaczęliśmy grać w jakieś tam gry komputerowe. Ale pamiętam nawet, że graliśmy razem w piłę, w FIFĘ z siostrą, no i powiem nawet tak, że jakoś tam mi się to podobało, więc… To też była taka chęć odstresowania się. Czymś takim przyjemno - głupim. To głupio - przyjemne jest takie, no.*

W przypadku Damiana jego (nie)radzenie sobie z trudnościami wynikało w dużym stopniu z bardzo niskiego poczucia własnej wartości i braku wiary w to, że jest w stanie skonfrontować się z daną sytuacją i jej podołać.

[Damian] *W ogóle sobie nie radziłem ze stresem, w ogóle. Nie potrafiłem. Nawet nie docierało do mnie, że jestem w stanie, chociażby taką głupią uwagę, no niby teoretycznie wiedziałem, żeby pokazać wcześniej i mieć to z głowy i się nie stresować cały tydzień, ale to zawsze gdzieś tam odkładałem, a to na wieczór, a na rano, a na wieczór, a na rano i to zawsze był tydzień, zawsze. Do ostatniego momentu, zawsze czekałem, nie. To jest to, co mówiłem o tych dziewczynach, że nie potrafiłem jakby od razu stanąć przed sprawą, nie wiem, załatwić, tylko odkładałem na później, na później, na później. Co było oczywiście strasznie destrukcyjne, no bo nie byłem w stanie na przykład czytać, z reguły wtedy siedziałem tylko i się gapiłem w telewizor. Czy coś takiego.*

Adam stosował obie formy radzenia sobie polegające na unikaniu. Równocześnie **angażował się w czynność zastępczą, jaką była intoksykacja chemiczna oraz poszukiwał kontaktu z innymi ludźmi**.

[Adam] *Na tych wyjazdach, to człowiek i tak był najczęściej wstawiony, więc po alkoholu, to nie wiem, piciem po prostu. W domu nadal wyglądało to bardzo podobnie, że były takie frustracje, więc znikałem, jak mogłem, czy to na weekendy, czy... Na weekendy raczej, bo w tygodniu, to jak się siedziało w tej chacie. Czasami się tylko do kogoś pojechało, bo to jeszcze było coś takiego, że ja mogłem w tym tygodniu zwiewać, nie wiem, powiedzieć, że jadę do kolegi, ale trzymany jakimś takim poczuciem jakiegoś obowiązku w domu siedziałem, co jeszcze bardziej potęgowało tą frustrację, bo bardzo by się*

chciało pojechać, ale jakby bałem się to zrobić. Jakby bałem się zrobić coś, co ja tak naprawdę chcę, tylko wiecznie przedkładałem tak jakby potrzeby ojca i matki w domu nad swoje.

Niektórzy z moich rozmówców w wyniku doświadczeń w domu rodzinnym, wychodzili z założenia, że muszą sobie **sami poradzić z zaistniałą trudną sytuacją poprzez skonfrontowanie z nią przy wykorzystaniu własnych zasobów**. **Proaktywnie radzili oni sobie ze stresem w rodzinie**, które jest „w stosunku do stresora najwcześniejsze w porządku czasowym i właściwie odbywa się nieprzerwanie. Polega na gromadzeniu zasobów, które nie są ukierunkowane na konkretne źródło stresu, ale stanowią przygotowanie ogólne na wypadek, gdyby stresor rzeczywiście się pojawił" (I. Heszen 2013, s. 78). Taki sposób radzenia sobie jest również wynikiem wspomnianego wcześniej ciągłego „czuwania" moich rozmówców, przygotowywania się na potencjalnie nadchodzące trudności, bowiem proaktywne radzenie sobie obejmuje również „skanowanie, sprawdzanie otoczenia i wykrywanie sygnałów niebezpieczeństwa" (I. Heszen 2013, s. 78).

[Anita] *Musiałam sobie radzić. Myślę, że właśnie taki mus radzenia sobie, wywołał we mnie reakcję, że muszę, więc to zrobię (...). Nikt mnie nie zmuszał. Po prostu nikt z tym nic nie robił. Poza mną. Ja zaczęłam. Nauczyłam się tego, że jeżeli mam za coś wziąć odpowiedzialność, to ja, nikt inny poza mną. Właśnie tak obserwowałam rodziców, jeśli ktoś ma im pomóc, to oni sami, więc jeżeli ja sobie mogę pomóc, to sobie pomagałam. Tylko ja. Jakby, brałam za siebie odpowiedzialność, za swoje czyny, za to, co robiłam, nie było to takie, że na przykład, nie wiem, że to moi rodzice powinni być wywołani do gabinetu dyrektora, chociaż nie byłam wywołana, to poszłabym ja. Więc myślę, że właśnie to jest ten element, że mimo wszystko, to ja preferowałam wziąć za siebie samą odpowiedzialność. Było mi łatwiej. Nie było takiego powodu do czegoś. Powodu po prostu. Po prostu, tak jest prościej, tak jest fajniej opiekować się samą sobą.*

[Alicja] *No, ale oczywiście, ja sobie świetnie radziłam, ja byłam zaprogramowana na świetne radzenie sobie, jednocześnie będąc utwierdzoną w tym, że jestem głupia i do niczego się nie nadaję. (...) Bo musiałam sobie poradzić. Nie miałam oparcia w nikim, więc albo, jakby widziałam to wtedy w taki sposób, że albo zacznę sobie sama radzić rzeczywiście i kombinować albo, i to była taka jakby dla mnie trochę moja... Chyba sobie tak uświadomiłam teraz, że takie trochę było moje wyjście z tego podporządkowania w to, że sobie ja sama wymyślałam strategię i sobie radziłam i o wielu rzeczach ani mój ojciec, ani moja matka, ani moja babcia nie wiedzieli.*

Ula z jednej strony proaktywnie radziła sobie ze stresem w domu, z drugiej strony, gdy miała taką możliwość, starała się radzić sobie unikowo poprzez angażowanie się w czynność zastępczą, jaką był dla niej spacer na świeżym powietrzu.

[Ula] *Radziłam sobie tak, że nikt nie widział, że ja się w ogóle przejmuję. Ja po prostu spinałam się w sobie, jeżeli coś jest źle, to sobie mówiłam: >>nie może być tak źle<<. Czyli spinałam się w sobie, to*

podobnie, jak z tymi porażkami w nauce. Tak po prostu, nie możesz do tego dopuścić, po raz drugi. Teraz się stało, nie wiem, dostałaś lanie na przykład, to teraz to lanie będziesz pamiętała do końca życia. I po prostu drugi raz to się nie powtórzy i to był mój sposób radzenia sobie. Że po prostu brałam kolejną rzecz, którą trzeba dopilnować. Bez dyskusji. (…) Jak tylko się dało, to uciekałam. Jak się dało, to nie wchodziłam do domu. Tylko to było takie: >>gdzie pójdę teraz, jak nie do domu?<<. To nie było tak, że mogłam… jeszcze nie byłam na tyle duża, żeby sobie samodzielnie pójść do koleżanki, czy do tej sąsiadki zapukać, bo wtedy człowiek taki paraliż czuł. Po raz kolejny takie dojmujące uczucie, że nie ma domu, że nie ma dokąd pójść. Nie jest ten dom taki fajny. Ja uwielbiałam i pamiętam jeszcze w (nazwa miasta) *to robiłam, ja uwielbiałam chodzić sobie pod blokami, zwłaszcza wieczorem, bo było widać, co jest za oknami i czasem, jak jeszcze było słychać rozmowy, po prostu iść pod blokiem i patrzeć się w okna. Czasami zatrzymać nawet i posłuchać, jak ktoś żyje gdzieś indziej. Zawsze chciałam być w takiej rodzinie, gdzie właśnie jest tak fajnie i w takich sytuacjach, to było tak, że no nie ma tego domu, nie mam takiej rodziny i po prostu*.

Czasami jednostka, która doświadcza sytuacji trudnych, stara się przeżyć nieprzyjemne emocje, które powstały w ich wyniku. Wówczas mówi się o **radzeniu sobie skoncentrowanym na emocjach, które „charakteryzuje się tendencją do koncentrowania się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych, skłonnością do myślenia życzeniowego i dystansowania się**" (A. Jachnis 2000, s. 55).

W taki sposób z trudnymi sytuacjami w rodzinie radzili sobie Piotr i Konrad, którzy oprócz przeżywania trudnych emocji, to w sobie upatrywali źródeł wszelkich niepowodzeń.
[Piotr] *Radziłem sobie płaczem, wyrzucaniem z siebie emocji, w taki negatywny sposób, smutno-negatywny, o tak. (…) Rozpłakaniem się, smutkiem, nie wiem, zamknięciem się w sobie. Chociaż zdarzyło mi się, znaczy… zdarzało mi się, że siebie samego uderzyłem. Uderzyłem kiedyś na przykład ciałem o ścianę, nie wiem, gdzieś, gdy byłem na siebie jakoś zdenerwowany i smutny. Na pewno książka też była dla mnie jakimś takim, nie wiem, wsparciem, że mogę sobie poczytać, nie wiem, odciąć się od tego, co mnie smuci, nie wiem. Chociaż czasami nie widziałem, nie wiem, powodu dlaczego się smucę.*
[Konrad] *Z taką frustracją, chociażby przez pryzmat takich szkolnych, że tak jakby wszystko miało wychodzić od razu i dobrze, a jak nie wychodziło, to raczej powodowało frustrację. Raz, że to było takie rozpuszczanie, bo się wydaje, że tak jak chcę, tak jak ma być, a z drugiej strony niektóre właśnie takie, że coś ze mną jest nie tak i w jakiś sposób jestem słaby, bo mi to nie wychodzi od razu tak, jak powinno. (…) Na siebie bardziej, na innych też na pewno, ale myślę, że to raczej było na siebie, że ja tutaj coś skopałem, coś powinno być inaczej, lepiej zrobione.*

Moi rozmówcy, odczuwając silny stres w rodzinie pochodzenia, który często wiązał się z bezpośrednim zagrożeniem ich bezpieczeństwa, radzili sobie z nim w różny sposób. Ci, którzy mieli **bliską relację z niepijącym rodzicem, szukali wsparcia u niego. On także bywał jedynym dla nich źródłem bezpieczeństwa i spokoju. W związku z tym radzili sobie**

poprzez poszukiwanie kontaktu z bliską osobą, bądź angażowali się w aktywność zastępczą. Ten drugi rodzaj radzenia sobie z trudnościami w rodzinie był najczęściej właściwy tym osobom, które **nie miały tak bliskiej relacji z niepijącym rodzicem albo nie miały do kogo zwrócić się po pomoc**. Niektórzy z moich rozmówców podkreślali, że w wyniku doświadczania przykrych sytuacji **uzewnętrzniali swoje przeżycia, płakali, dawali upust emocjom. Bywało również tak, że obwiniali całkowicie siebie za trudności, jakie spotykały ich rodzinę, krytykując siebie i umniejszając swoją wartość**. Wynikało to ze sposobu, w jaki traktowali ich rodzice, co bywa charakterystyczne dla dzieci z rodzin alkoholowych, ponieważ często „chroniąc rodziców, przyjmowały na siebie odpowiedzialność za przemoc, płacąc za to poczuciem winy" (A. Karasowska 2004, s. 4). To, w jaki sposób moi rozmówcy starali się sprostać sytuacji, jaka miała miejsce w domu, i podołać stresowi z tym związanemu, nie zawsze miało przełożenie na to, jak radzili sobie oni w innych płaszczyznach swojego życia.

8.1.6.2. (Nie)radzenie sobie z trudnościami w szkole w okresie dzieciństwa i adolescencji

Szkoła, obowiązki w niej realizowane oraz relacje rówieśnicze, zwłaszcza dla dzieci rozpoczynających swoją przygodę z nauką, jak również dla adolescentów, bywają jednymi z głównych źródeł stresu. Jego przyczyną mogą być „zarówno problemy z nauką i organizacją życia szkolnego, jak też trudności w relacjach społecznych - z nauczycielami oraz z innymi uczniami" (E. Talik 2011, s. 128). Należy przy tym zaznaczyć, że trudności, jakich dziecko doświadcza w szkole, „tkwią zarówno w środowisku rodzinnym, szkolnym, jak i w samym uczniu. Przyczyny przynależne środowisku rodzinnemu dotyczą warunków bytowych, kulturowych oraz wychowania" (I. Obuchowska 1996, s. 117). Jak wskazują dane statystyczne (PARPA 2012), można przyjąć, że „w każdej klasie szkolnej jest co najmniej dwoje, troje uczniów pochodzących z takich rodzin. Funkcjonowanie tych dzieci, pod wieloma względami, jest ogromnie zróżnicowane - część z nich ma mniej lub bardziej poważne problemy rozwojowe, przejawiające się niskimi osiągnięciami szkolnymi, problemami emocjonalnymi i społecznymi, część to dzieci sukcesu, prymusi, osiągający nie tylko doskonałe wyniki w szkole, ale także w różnych kontekstach społecznych i środowiskowych" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 7).

(Nie)radzenie sobie z porażkami edukacyjnymi

Mówiąc o niepowodzeniach dziecka w kontekście nauki szkolnej, należy podkreślić, że mają one charakter procesualny. „Początkowo bywają niedostrzegane przez nauczycieli, co prowadzi zwykle do ich narastania i przyjmowania trwałego charakteru. Z czasem narastające

braki stają się przyczyną blokującą dziecku możliwość uczestniczenia w tym, co dzieje się w klasie w zakresie nauczania i uczenia się" (P. Wiliński 2005, s. 326). Problematyka związana z osiągnięciami edukacyjnymi dzieci z rodzin alkoholowych jest bardzo heterogeniczna, ponieważ sama grupa osób w swoim funkcjonowaniu w szkole jest niejednorodna. Mimo, że w niektórych publikacjach naukowych można znaleźć wyniki badań mówiące o tym, że dzieci z rodzin alkoholowych „charakteryzują się znacznie niższym ogólnym poziomem inteligencji, niż dzieci z rodzin normalnych" (M. Ochmański 1981, s. 63), to nie mają one jednak tak bezpośredniego przełożenia na rzeczywistość funkcjonowania tej grupy osób. Wiele z nich bowiem wykazywało znaczne osiągnięcia edukacyjne i prezentuje wysoki poziom inteligencji. Niezależnie jednak od tego, jakie wyniki szkolne uzyskują dzieci z rodzin alkoholowych, spotkają się one na swej drodze z trudnościami, którym będą musiały sprostać. Podobnie, jak w przypadku stresu występującego w rodzinie, tak również w przestrzeni szkolnej mogą one wykorzystywać różne strategie radzenia sobie.

Moi rozmówcy **najczęściej stosowali strategię radzenia sobie ukierunkowanego na zadanie, które „polega na podejmowaniu aktywnych działań, mających na celu rozwiązanie problemu przez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji**" (A. Jachnis 2000, s. 55).

Tak było w przypadku Alicji oraz Klaudii.

[Alicja] *A zależało mi na tym, żeby się dostać do liceum, więc zależało mi na tym, że musiałam poprawić oceny, a warunki nie były sprzyjające do nauki. No, ale jakoś tak nie wiem, jakoś tak wtedy chyba pamiętam, że jakoś ambitnie podeszłam do sprawy i powiedziałam, że: >>ja wam* (wulgaryzm) *wszystkim pokażę<<. Jeszcze mojej matematyczce, która mi powiedziała, że jak się dostanę do liceum, to jej tu kaktus wyrośnie na ręce, jak zdam egzamin, bo kiedyś były egzaminy normalnie do liceum z języka polskiego, z matematyki. No i zdałam do tego liceum, natomiast kosztowało mnie, no to niewyobrażalne koszty były, takie emocjonalne. Jest tak, że mając dzisiaj* (podany wiek rozmówczyni) *z niektórymi osobami mijam się na chodniku i oni odwracają głowę w drugą stronę.*

[Klaudia] *Poprawiłam tą ocenę. Po prostu, nauczyłam się, poprawiłam. Tak, na pewno byłam przestraszona, ale ja też jestem twardy charakter i tego, mimo jakiegoś lęku, co i jak, no to też jakby podeszłam do tego na zasadzie: >>Pfff, no i co, nie<<. Tak trochę wiesz, taki zadzior. Tutaj jednak się to wszystko trzęsie w środku, no bo mówię, moi dziadkowie byli bardzo zasadniczy, są nadal, ale we mnie zawsze był taki zadzior, że kurde. (...) Wiesz co, też brałam książkę po prostu, no. Zamykałam się w pokoju i czytałam. No ja pamiętam naprawdę wtedy, że z latarką, gdzieś tam, pół nocy potrafiłam siedzieć i czytać. To czytanie mnie wtedy kompletnie pochłonęło.*

Niektórzy z moich rozmówców, w przypadku doświadczania trudności edukacyjnych, wykorzystywali równocześnie **kilka strategii radzenia sobie - ukierunkowanych na zadanie oraz unikania zorientowanego osobowo**.

Konrad, Piotr oraz Krystyna, doświadczając trudności w domu, stosowali strategię radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach, szukając pocieszenia u niepijącego rodzica. W przypadku trudności edukacyjnych, posługiwali sie szerszym repertuarem radzenia sobie, bowiem stosowali tę samą strategię w połączeniu ze stylem radzenia sobie ukierunkowanego na zadanie i unikowego - zorientowanego osobowo.

[Konrad] *Żaliłem się mamie, to na pewno. Na pewno tam były jakieś rozmowy z nauczycielkami, jakichś zajęć dodatkowych chyba nie miałem. Ale raczej więcej nauki. Myślę, że to ze względu na mamę, która zawsze była z tej jednej strony, która była bezpieczeństwem, która potrafiła się przeciwstawić ojcu, w naszej obronie. Przez to zgarniała później wiele, no- nieprzyjemności, więc podejrzewam, że to był ten element, który spowodował, że wyrosłem na takiego człowieka, a nie innego. Jakiś inny przykład to raczej nie kojarzę. Nie mam powodu.*

[Piotr] *Tych porażek, nie było ich dużo, znaczy, generalnie ja czasami, byłem chyba w stanie to zrozumieć gdzieś. Nie wiem, mimo, że się tam jakoś tam rozpłakałem, ale dalej się uczyłem. Nie wiem, może mama mi jakoś też czasami pomogła, na ile potrafiła. Gdzieś, nie wiem, poszedłem, nie wiem, na jakąś dodatkową lekcję, żeby ta pani mi jeszcze dotłumaczyła. Znaczy, tak, ja gdzieś mam nawet te świadectwa, więc czasami sobie na nie patrzę i też, nie to, że miałem dobre oceny, nie. O czekaj, poczekaj jeśli chodzi… Nie, na w-fie też aż tak źle nie było. Oczywiście, że był ten płacz. Płacz, miałem gdzieś powiedzmy smutek i było mi czasami trudno sobie poradzić, ale jakoś tam, jak widzisz, no przeszedłem te wszystkie, nawet powiedzmy, tego, co tam trudniej mi było, nie wiem, zrozumieć, jeśli chodzi o tę matematykę. Więc radziłem sobie też i tym, żeby się więcej uczyć, nie. Więc… (…) Tak, no skoro nie umiałem, to musiałem się nauczyć.*

Krystyna również stosowała strategię ukierunkowaną na zadanie w połączeniu z unikaniem zorientowanym osobowo, niemniej jednak, moja rozmówczyni nie szukała wsparcia w rodzicu niepijącym, ale w tym, z którym była bliżej emocjonalnie, czyli w swoim uzależnionym ojcu.

[Krystyna] *Poprosiłam tatę, żeby mnie trochę poduczył. Jakoś potem sobie dawałam radę. No ja sobie dostałam tego laczka, bo ja w ogóle nie rozumiałam, bo ten facet nie umiał tłumaczyć niczego. Byłam trochę załamana tymi dwójami z polaka, z tego polaka zwłaszcza. Bo z chemii wiadomo było, że wszyscy dostają pałę i się nie należało przejmować, ale z tego polaka byłam taka załamana. Po prostu stwierdziłam, że jestem noga z tego polskiego i zaczęłam się więcej uczyć.*

Dla Krzysztofa trudności edukacyjne były czymś, co przysparzało mu sporo stresu. W konsekwencji reagował na nie zarówno unikowo, angażując się w zastępczą czynność, która

mogła dać upust jego emocjom, jak również koncentrując się na sobie i przeżywanych aktualnie uczuciach.

[Krzysztof] *Tak było: >>radź sobie sam<<. Nie było tego tak dużo, ale nie mogę sobie przypomnieć, jakoś takich sytuacji. Zawsze sam musiałem sobie radzić i nie dzieliłem się z tym za bardzo z kimś. Jakoś w sobie to zawsze trzymałem i jakoś czas leczył rany. Ucieczką moją były treningi. Bo to były dwie godziny takie, że naprawdę, jak się uprawia sport i się zafiksujesz na coś, to nie myślisz o niczym innym. Wtedy gdzieś tam moja głowa odpoczywała. Ale wrażliwy byłem, więc gdzieś tam po kątach płacz był. Wiem, że płakałem, płakałem.*

Gosia, która miała bardzo bliską relację ze swoją matką, często szukała pocieszenia u niej, przeżywając równocześnie nieprzyjemne emocje związane z trudnością edukacyjną, jakiej doświadczyła.

[Gosia] *Jak jakiś problem, to do mamusi, więc tak naprawdę, jakby byłam dzieckiem mamusi i po prostu wisiałam na mamie. Jak sobie z tym radziłam? No płacz, często był płacz, to też przez te wszystkie wydarzenia zamknęłam się w sobie.*

Dużą istotność, na sposób radzenia sobie z trudnościami edukacyjnymi ma poczucie własnej wartości jednostki. „Ludzie cechujący się wysoką samooceną rzadziej odczuwają negatywne emocje, są mniej podatni na depresję, mają wyższy poziom optymizmu w stosunku do przyszłych zdarzeń, wykazują lepsze radzenie sobie ze stresem i samotnością, przejawiają także więcej działań prozdrowotnych, prowadzą zdrowszy tryb życia" (R. Biernat s. 153).

Moi rozmówcy często **upatrywali winę za własne trudności edukacyjne w sobie, dokonując równocześnie samokrytyki**. Podobnie reagowali na stres i trudne chwile w domu. Winą obarczali siebie samych, biorąc niemal całkowitą odpowiedzialność za to, czego doświadczają. Nie pomagało im to w rozwiązywaniu swoich trudności.

[Anita] *Ale załamywało mnie to strasznie. Karciłam siebie okrutnie. Sama siebie. Oczywiście karciłam się, jestem beznadziejna, no pewnie, a komu to się mogło przydarzyć, przytrafić. Dziś też się z tego śmieję, dziś przeinaczam to w ten sposób, że komu to się mogło przytrafić? Tylko takiej wariatce, na tej zasadzie. I sobie jaja z tego robię. Ale kiedyś, to ja się sama siebie potrafiłam skutecznie zdołować. Że oczywiście, ty się ciesz, że takiej idiotce, jak ty Anita. A co, ty jesteś do niczego, znaczy, jak ty wyglądasz, spójrz na siebie w lustro. Jesteś do niczego.*

[Adam] *Byłem wkurzony, że to była taka frustracja, nie, że ok, nie poszło, następnym razem pójdzie ci lepiej, tylko takie wkurzenie. Tylko potem to owocowało tym, że człowiek, nie wiem, przysiadł, przygotował się, poprawiał to następnym razem. Ale ogólnie raczej taką… (…) Że mi nie poszło, że to jest wynik mojej słabości. W ten sposób, że to ze mną jest coś nie tak, że mi źle poszło, na przykład. Głupi jesteś, tak negatywnie. Teraz też jest duży problem, który bym zmienił, ale właśnie o nim zapomniałem.*

Badania realizowane przez T. Jacob, G.L. Krahn oraz K. Leonard, w ramach których analizowali relacje wewnątrzrodzinne w systemach alkoholowych, wykazały, że ojcowie, którzy byli uzależnieni od alkoholu i mieli zdiagnozowaną depresję rzadziej byli skłonni podejmować próby rozwiązania występujących trudności aniżeli ojcowie z grupy kontrolnej. W związku z tym osoby, takie jak Ula, których ojcowie posiadali podwójną diagnozę, miały znacznie mniej okazji do obserwowania i naśladowania konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem (K. Ludwikowska, S. Steuden 2017, s. 25). Moja rozmówczyni wskazuje, że sama nie wiedziała, w jaki sposób skonfrontować się z doświadczanymi trudnościami. Wolała obwiniać siebie, co w konsekwencji było jedną z przyczyn wystąpienia u niej trudności zdrowotnych w postaci anoreksji.

[Ula] *To jest tak, jak nie rozmawiasz z nikim o tym, nikt cię o to nie pyta, to ja nawet nie kojarzę, żebym musiała sobie jakoś z tym radzić. Ja to wszystko ugniatałam, jakoś tam w sobie i przyjmowałam taką postawę godzenia się na to. Tylko mówię, z takim tekstem: >>no, jestem beznadziejna, tak?<< I takie pogodzenie się z tym. I to wszystko.*

Moi rozmówcy często stosowali podobne strategie radzenia sobie ze stresem w szkole do tych, które stosowali w przypadku doświadczania trudności w domu rodzinnym. Zauważalną różnicą w ich zachowaniu jest to, że w przypadku porażek szkolnych częściej potrafili zwrócić się po pomoc do dorosłego, z którym mieli dobry kontakt (najczęściej był nim niepijący rodzic), aniżeli w przypadku doświadczania sytuacji trudnych w domu, gdzie rzadziej poszukiwali pomocy. Istotną rolę w radzeniu sobie z napotkanymi trudnościami, odgrywało ich (niskie) poczucie własnej wartości, które, zamiast mobilizować ich do podejmowania wysiłku w celu przezwyciężenia trudności, powodowało u nich przygnębienie i brak wiary we własne możliwości. W rezultacie radzenie sobie z wieloma trudnymi sytuacjami w ich życiu wymagało uaktywnienia sieci wsparcia społecznego, które mogło być katalizatorem ich efektywniejszego funkcjonowania w kontekście doświadczanych trudności.

8.1.7. Wsparcie społeczne w okresie dzieciństwa i adolescencji[152]

Wizja idealnej rodziny - brak perspektyw na wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne może być rozpatrywane zarówno w kategorii osobowej, jako pomoc udzielana przez daną jednostkę, ale także instytucjonalnej jako szereg działań podejmowanych w ramach danej instytucji w celu udzielenia wsparcia. **Wsparcie społeczne,**

[152] Odwołując się do problematyki wsparcia społecznego w kontekście rodziny alkoholowej, zdaję sobie sprawę, że chcąc pomóc systemowi, działania związane ze wsparciem społecznym powinny być podejmowane nie tylko wobec określonej jednostki, ale kompleksowo wobec wszystkich członków rodziny. Niemniej jednak, celem moich badań było przyjrzenie się biograficznej perspektywie funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, dlatego w ich analizie skupię się na wsparciu społecznym im oferowanym i przez nie pożądanym na określnych etapach biograficznych.

rodzinne oraz pozarodzinne, odgrywa niebagatelną rolę i może stanowić istotny czynnik ochronny w rozwoju psychopatologii w odniesieniu do dzieci osób uzależnionych od alkoholu, czyli tej grupy osób, która jest szczególnie narażona na doświadczanie sytuacji trudnych i traumatycznych. Jak podają Lidia Cierpiałkowska oraz Iwona Grzegorzewska, „wsparcie ze strony matki w rodzinach z pijącym ojcem ma wpływ na związek między problemem alkoholizmu a przystosowaniem dziecka. W tym przypadku wyższy poziom wsparcia powodował zmniejszenie negatywnego wpływu alkoholizmu ojca na funkcjonowanie potomstwa" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 37).

Udzielanie wsparcia społecznego, szczególnie w rodzinie alkoholowej, która często stwarza iluzję dobrze funkcjonującego systemu rodzinnego, może być trudnym zadaniem. Rodzina bowiem podejmuje szereg działań, które mają na celu niedopuszczenie do udzielenia jej pomocy i tym samym podtrzymanie trwania choroby alkoholowej. Pomagają w tym między innymi trzy, omawiane wcześniej, zasady („nie mów"; „nie ufaj"; „nie czuj"), zamknięte granice zewnętrzne, jak również system zaprzeczeń, dzięki któremu „z pozoru wszystko wygląda normalnie, ale pod powierzchnią jest dziura, która robi się coraz głębsza" (T. L. Cermak, J. Rutzky 2010, s. 92-93). Z uwagi na brak widocznych symptomów dezintegracji i dysfunkcji, rodziny, w których funkcjonowali moi rozmówcy, nie były obejmowane wsparciem społecznym.

Podkreślili to w swoich wypowiedziach: Sławek, Katarzyna, Grażyna, Klaudia, Damian oraz Piotr.

[Sławek] *Natomiast ojciec przychodził, gdzieś tam zjadał, gdzieś tam szedł, do tego chlewika, ja to, że tata pił, to znacznie później do mnie dotarło i to naprawdę późno, zresztą, do jakichś tam nastu lat nie było tematu pod tytułem, wiesz, alkoholizm, picie, coś złego. Oczywiście, ten mój ojciec, jako tako nie był szkodnikiem, takim wiesz. To, o czym wcześniej mówiłem, że wiesz, nie robił nic, jako takiego złego, po prostu pił, a ta moja matka praktycznie zawsze w tym domu.*

[Katarzyna] *Przez całe moje dzieciństwo i moje dorosłe życie, nie zdawałam sobie chyba sprawy, że to jest choroba alkoholowa, myślałam po prostu, że tak wszyscy mają albo przynajmniej większość. Diagnozujemy to jako chorobę od osiemdziesiątego dziewiątego roku.*

[Grażyna] *Też żadnej pomocy nie oczekiwałam, bo nie wiedziałam, że coś jest nie tak, nie. Sądziłam, że wszyscy tak mają w domu. Jako dziecko, to nie oczekiwałam żadnej pomocy, bo tak ma być, tak wszyscy mają, tak jest wszędzie*.

[Damian] *Ciekawe, że żadnej pomocy nie oczekiwałem. Bo byłem tak właśnie zahukany, że nie miałem w ogóle świadomości, że ja mogę w jakikolwiek sposób prosić kogokolwiek o jakąkolwiek pomoc. Ja mając lat czternaście, coś koło tego, dowiedziałem się, że jest coś takiego, jak kompleksy, że jakieś moje obawy, że sobie nie poradzę, dosyć duże, że źle wyglądam, czy coś takiego, głupio się odzywam. No, to*

tylko jest mój jakiś wymysł. Dowiedziałem się, że jest coś takiego, jak kompleksy, to jest coś normalnego- nie jest z tobą aż tak źle.

[Klaudia] *Wtedy żadnej. Żadnej, no. Chyba miałam takie poczucie, że po prostu tak jest i… tyle. Za mało chyba sobie wtedy zdawałam sprawę z pewnych rzeczy, rzeczywiście. Raczej marzenie, żeby ojciec się tak nie zachowywał, raczej to było takie życzeniowe myślenie, niż jakieś oczekiwanie pomocy. Myślę, że w związku z tym, że jakby na nas się to, na mnie, może tak, na mnie, bo na moim bracie później już tak, że na mnie to się jakoś nie skupiało nigdy. No. Raczej takie myślenie, że jak ja mogłam pomóc mamie, na przykład, nie.*

Z wypowiedzi Piotra można wywnioskować, że **zamknięte granice zewnętrzne w rodzinie alkoholowej, „ograniczając kontrolę z zewnątrz"** (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 52) **i utrudniając wymianę informacji pomiędzy nią a środowiskiem zewnętrznym, spowodowały, że ten nie miał możliwości porównania, jak funkcjonują inne rodziny i zrozumienia, że w jego rodzinie istnieje problem**.

[Piotr] *Ja też wtedy o pomocy właściwie nie myślałem. Znaczy, być może dla mnie wydawało się to jakoś normalne, bo generalnie wiesz, no trudno mi było zobaczyć, że gdzieś indziej może być inaczej lub, nie wiem, łatwiej. Może też sobie myślałem, że tak ma być i tyle. Gdzieś byłem... Widziałem gdzieś, że ja dobrze się uczę, siostra też dobrze się uczy, dobrze się zachowujemy i gdzieś tam sobie myślałem, że może nie jest tak źle, że tak powinno być. W sumie, nawet się nie zastanawiałem, czy potrzebuję jakiejś pomocy.*

Iluzja dobrze funkcjonującej rodziny jest tak intensywna, a system zaprzeczeń tak silny, że nawet osoby postronne, które mogłyby rozpocząć proces pomocowy, nie robią tego, bowiem uważają, że w „tej" rodzinie nic złego się nie dzieje. Istotną rolę odgrywa również **przekaz kulturowy związany z intoksykacją chemiczną, szczególnie na wsi. Jak wskazują wyniki badań realizowanych w 2000 roku, jedynie co drugi mieszkaniec wsi interweniuje, gdy jest świadkiem stosowania przemocy przez osobę będącą pod wpływem alkoholu. W przypadku małych miast zdecydowana większość osób reaguje, gdy jest świadkiem omawianej sytuacji** (M. Prajsner 2004, s. 19).

To, że ludzie ze wsi nie postrzegali sytuacji w rodzinie alkoholowej jako takiej, w której należy podjąć interwencję, podkreśliły w swoich wypowiedziach Katarzyna, Grażyna oraz Alicja.

[Katarzyna] *Sąsiadka mi powiedziała, że oni wychodzili z założenia, że jesteśmy tacy jacyś szlachetni. Tacy jakby, nie wiem, pojęcia nie mam, po czym takie wnioski. Rodzice byli uczciwi, byli pracującymi ludźmi, ale czy my byliśmy tacy wielkie państwo? Za nic w życiu bym o nas tak nie powiedziała. No, ale tak mi powiedziała, taka pani Krysia. Dawno temu.*

[Grażyna] *Oni twierdzili, że mam idealną rodzinę i o co mi chodzi. Po prostu dorosłam, wyprowadziłam się i mnie* (wulgaryzm symbolizujący: przewróciło w głowie)*, bo zaczęłam widzieć normalnie, bo mama dała się poniżać tacie, jak mogłaś, nie wyprowadziłaś się, jak mogłaś, a później zwaliłaś wszystko na mnie, bo to jest moja wina. No halo.*

[Alicja] *I pamiętam, jak kiedyś, jak już się wyprowadziłam do* (nazwa miasta) *i się tam spotkałam z jedną taką moją kuzynką, też z domu alkoholowego i zaczęła: >>Ale co tam, przestań, mój też pił no i co?<<. Jakby wiesz, takie: >>O co ci chodzi?! Wszyscy pili. Tak było po prostu. O co ci chodzi?!<<.*

Wizja idealnej rodziny, często kreowana w środowisku zewnętrznym przez sam system alkoholowy, znacznie utrudnia podjęcie interwencji wobec jej członków i zapoczątkowanie procesu zmian. Co więcej, omawiana wizja, jak się okazuje, nierzadko bywa wzmacniana przez osoby postronne, a także bliskich, u których system zaprzeczeń jest tak intensywnie wdrukowany, że nawet gdy moi rozmówcy byli już osobami dorosłymi, ich rodzic nie potrafił przyznać, że w domu istniał problem. Wynika to z faktu, że członkowie rodziny, „podobnie jak alkoholik, nie chcą stanąć twarzą w twarz z rozwijającą się chorobą. Ma to ochraniać ich przed świadomością, że stracili bezpieczeństwo i kontrolę nad własnym życiem" (A. Widera-Wysoczańska 2001, s. 34).

[Grażyna] *Z tego, co wiem, to przecież idealna rodzina, kurde. Jeżeli chcesz w to wątpić to... Od mamy usłyszałam, że jestem psychicznie chora, od tatusia tak samo, więc… Jakieś kilka miesięcy temu z mamą rozmawiałyśmy sobie… Nie wiem w sumie, od czego się zaczęło, ale się skończyło na tym, że podziękowałam mamie za rozmowę, popłakałam się, bo stwierdziła, że jestem psychicznie chora i uroiłam sobie to, co ona jęczała do mnie, do małego dziecka w podstawówce. (…) No i tak od rozmowy do rozmowy, ja stwierdziłam, że spoko, fajnie się z mamą gada. To ja jej powiem, dlaczego ona daje mu się poniżać do tej pory. I od słowa do słowa powiedziałam jej to, że sama mi opowiadała, że on ją zdradzał kiedyś, że przyłapała go z jakąś babą, że się całował gdzieś, że nie chciał być z nią, że z obowiązku, bo ja się pojawiłam, bo mama była ze mną w ciąży. Tylko dlatego z nim jest/ była/ jest. No, to więc oczywiście do tyłu się odsunęła i co ja sobie uroiłam, nigdy w życiu takich rzeczy nie powiedziała. Nigdy tak nie było i ona zawsze kochała tatę. Zawsze z nim chciała być: >>Ty chyba jesteś chora psychicznie. Ty chyba idźże do tego psychiatry! Zostaw tą terapeutkę, bo ona ci najwidoczniej nie pomaga<<. No więc stwierdziłam, no halo, dziękuję. Do widzenia. Na razie- rozłączyłam się. Jeżeli mam dzwonić do mamy i później się czuć, jak jedno wielkie gówno, to przepraszam bardzo, to nie potrzebuję tego, już wystarczająco dostałam wszystkiego.*

W rodzinie z problemem alkoholowym „milczenie ofiary sprzyja przemocy. Niepewność ofiary buduje pewność agresora" (W. Sztander 2006, s. 22). W konsekwencji bardzo trudno jest dziecku i adolescentowi samodzielnie zareagować, bowiem „oznacza to

wyjście z izolacji rodzinnej i wyciągnięcie ręki" (W. Sztander 2006, s. 22) oraz skonfrontowanie z własnymi lękami i przeciwstawienie systemowi rodzinnemu.

8.1.7.1. Wsparcie społeczne oczekiwane w okresie dzieciństwa

Badani, z perspektywy czasu, będąc dorosłymi ludźmi, potrafią wskazać, jaki rodzaj wsparcia mógłby być przez nich pożądany w okresie dzieciństwa. Należy przy tym podkreślić, że **wsparcie spostrzegane** zależy od kilku czynników: **sytuacji trudnej, cech sieci wsparcia społecznego oraz potrzeb jednostek doświadczających stresu**. Dużą przy tym rolę odgrywają także **właściwości osoby wspieranej** - jej zasoby osobiste, poczucie kontroli, samoocena, kompetencje społeczne, pozycja społeczna itp. „Gdy bierzemy pod uwagę cechy osoby wspieranej, możemy jeszcze wyróżnić potrzeby wsparcia społecznego jako stałe właściwości. Potrzeby te mogą mieć charakter obiektywny ze względu na wiek i położenie społeczne uniemożliwiające samodzielne radzenie sobie z trudnościami, lub cechą osobowości zależnej" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 21).

Moi rozmówcy najczęściej wskazywali, że potrzebowali **wsparcia emocjonalnego**, w następujących aspektach: **poczucia bycia zrozumianymi, ważnymi, zaopiekowanymi**.

[Katarzyna] *Ja na pewno chciałam być kochana i lubiana. Tej miłości, to mi tak trochę brakowało.*

[Alicja] *Ja oczekiwałam przede wszystkim takiego zrozumienia, takiego wsparcia, takiego ciepła.*

[Adam] *W głębi, tak bardziej chciałem, takiej większej czułości niż dostawałem na przykład. Ale wtedy tego kompletnie świadomy nie byłem, jako dzieciak.*

[Krzysztof] *Z biegiem czasu zobaczyłem, że tak, a usłyszałem, że rodzice gdzieś mnie kochają, ale to później zorientowałem się, że mi tego brakuje, myślę. Jeśli się urodziłem i nauczyłem się z tym żyć, że tego ciepła, no ciepła nie było. Mama o mnie dbała, żebym nie chodził głodny, brudny i tak dalej, ale z drugiej strony, takich bliższych - przytulić się albo coś, to znaczy, dwa razy w życiu pamiętam. To później stwierdziłem, że tego mogło mi brakować chyba w dzieciństwie, ale jak byłem młody, to ja tego jakoś nie szukałem.*

Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, będąc często odrzucanymi fizycznie i/lub emocjonalnie przez rodzica/ców, dorastają w przeświadczeniu, że są nieważne. W rezultacie, oczekiwane przez moich rozmówców wsparcie emocjonalne w okresie dzieciństwa miałoby, w ich percepcji, spowodować **wzrost samooceny, poczucia ważności i tego, że są potrzebni, ponieważ nie doświadczyli, albo doświadczyli w niewielkim stopniu, tego w domu rodzinnym.**

[Alicja] *Po prostu pogłaskania mnie, pochwalenia mnie. Czasami pomocy w lekcjach, takiego przytulenia, takiego, nie wiem, zainteresowania takiego.*

[Katarzyna] *Dążyłam do tego, żeby ktoś mnie lubił, żeby ktoś powiedział, że mam coś fajnego. Zdarzało się, że obcy ludzie mówili, że mam fajne włosy, bo niektórym się podobało. Dużo mi to dawało, jak ktoś*

powiedział, że ja mam, ja mam coś fajnego. Ja to tłumaczę, jako taki zdrowy przejaw, wychodzę z założenia, że my ludzie potrzebujemy komplementów, z którymi ja tam sobie średnio radzę, ale mimo wszystko chcemy usłyszeć, nawet jak się do tego nie przyznamy, chcę usłyszeć, że jest coś we mnie fajnego. Że się komuś podobam, na pewno, że jestem w czymś dobra.

Dla moich rozmówców istotnym wsparciem oczekiwanym było **wsparcie instrumentalne, które odgrywało szczególną rolę w zrozumieniu bieżącego materiały dydaktycznego**.

[Adam] *Lekcje mi przychodzą do głowy, bo nie wiem, jakiej pomocy może oczekiwać dziecko, nie wiem. Jak rozwalę kolano, to, że się mną zaopiekują, czy, że nie wiem, jak jestem chory, to się mną zaopiekują. (...) Pomoc w lekcjach i tak dalej. Moi rodzice nigdy ze mną nie robili lekcji. Dobrze mi szło samemu, ale w większości robiłem z babcią.*

[Gosia] *Ja, szczerze mówiąc, jeżeli chodzi o stronę ojca, to chciałam takiego jakiegoś wsparcia, w postaci, no nie wiem , pomocy w lekcjach, jakiegoś spędzenia nawet czasu ze sobą, oglądania jakiejś bajki, filmu, cokolwiek. (...) Ale jeżeli chodzi o mamę, na przykład, to ja chciałam takiego wsparcia, takiego jakiegoś ciepła po prostu, pomocy też w lekcjach, czy czegoś takiego i od mamy zawsze to miałam.*

Jedna z rozmówczyń wskazała, że istotnym byłoby dla niej **wsparcie rzeczowe.** Oczekiwana przez nią pomoc miałaby jednak zostać **ukierunkowana przede wszystkim na udzielenie wsparcia finansowego rodzicom, będących w trudnej sytuacji materialnej**.

[Anita] *Skupiałam się wtedy na tym, że jeżeli moi rodzice mówią, że mają problemy finansowe, to myślałam wtedy,: >>fajnie by było wygrać w lotto<<. To jest max, jakiej pomocy oczekiwałam. Tak, jak mówię, byłam dzieckiem, które było zamknięte na to wszystko. Dlatego nie uważałam, że ktoś może nam pomóc.*

Anita wskazała, że jako dziecko szukała pomocy ze strony pedagoga i psychologa szkolnego, jednak wspomniane wsparcie było nieskuteczne.

[Anita] *Ja szukałam pomocy u pedagogów, psychologów, co spowodowało to, że tą pierwszą terapią była w wieku dziewiętnastu lat, mimo przejścia sześciu/ siedmiu lat z depresją i problemami.*

Moja rozmówczyni upatrywała źródło problemów w funkcjonowaniu swojego uzależnionego od alkoholu ojca i uważała, że:

[Anita] *Pomoc istnieje w samym ojcu, że ojciec musi się ogarnąć, albo zniknąć, albo te problemy mają zniknąć, żeby wszystko wyparowało.*

W przypadku dzieci alkoholików często „odzywa się w nich tęsknota za >>normalnym<< życiem rodzinnym. Utrata doświadczeń otoczonego magią, szczęśliwego, beztroskiego dzieciństwa jest także częstą przyczyną odczuwanego żalu" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 92). Moi rozmówcy, Konrad oraz Damian, zaakcentowali potrzebę, nastania

w **funkcjonowaniu ich rodziny przewidywalności, a tym samym spokoju i bezpieczeństwa**. Oczekiwali przede wszystkim tego, że ich uzależnieni rodzice rozpoczną leczenie, a w ich domu zapanują ład i porządek.

[Konrad] *Przede wszystkim chciałem, żeby to wszystko się skończyło. Żeby w końcu był spokój. Tego oczekiwałem najbardziej. Oczekiwałem, że nie wiem, że ojciec się ocknie, przestanie nas krzywdzić, że może się zainteresuje czymś, czegoś takiego może. Nie oczekiwałem, nie przypominam sobie, żebym oczekiwał czegoś, na przykład, od nauczycieli, czy od osób trzecich. Przynajmniej tego nie kojarzę. Czyli tak ogólnie- spokoju i ciszy.*

[Damian] *Gdzieś tam do mnie dotarło, że oczekuję, żeby mieć ten dom, mieć taką przystań, bo jak zaczęły się problemy, tata był chory. Potem pieniędzy brakowało i zacząłem się bać, że dom stracimy, czy coś. Uświadomiłem sobie, że taka przystań jest ważna, żeby mieć gdzie wracać. I może gdzieś… Ale to też tak było, że to było moje, nie nazwałbym tego marzeniem, ale taka potrzeba. Ale nie kierowałem tego na rodziców, żeby oni coś tam mi zapewnili, znaczy, na ojcu w żaden sposób nie mogłem polegać.*

Grażyna z perspektywy czasu uważa, że najskuteczniejszą formą wsparcia, jakiego powinna doświadczyć w okresie dzieciństwa, byłoby **wsparcie instytucjonalne. Twierdzi, że odpowiednie instytucje pomocowe powinny doprowadzić do jej zabrania z domu rodzinnego i oddania pod opiekę rodzinie zastępczej**.

[Grażyna] *Moim zdaniem, to rodzice raczej powinni nie mieć dzieci, bo byłyby zabrane i moim zdaniem byłoby dobrze, jeżeli by miały... Nie widziały, jakby dzieci nie widziały tyle psychicznych, nie wiem... Z tego, co moja mama wie, to moja babcia miała schizofrenię od przynajmniej x lat, przynajmniej trzydzieści- czterdzieści lat a, że tata i jego brat mieli w dupie, woleli sobie tłumaczyć, bo ona taka jest, to nikt jej nie wysłał na leczenie a ona powinna z tego, co pani doktor powiedziała. Ale, że mama jest synową, to nic nie zrobi, to po prostu no. (…) Moim zdaniem, na pewno by było lepiej, biorę pod uwagę, że byłaby rodzina, która jest normalna, gdzie dzieci trafiają do rodzin zastępczych, to tak byłoby lepiej.*

W jej perspektywie odebranie dziecka **mogłoby doprowadzić do zaburzenia rodzinnej homeostazy i rozpoczęcia leczenia osoby uzależnionej**.

[Grażyna] *Moim zdaniem, lepiej by było, bo ta dwójka* (rodzice) *może by oczy otwarła wtedy.*

8.1.7.2. Wsparcie społeczne oczekiwane w okresie adolescencji

Okres adolescencji charakteryzuje się określoną specyfiką, w której wsparcie społeczne może być szczególne istotne w płaszczyźnie pomocy w konstruktywnej realizacji zadań rozwojowych adolescenta. To czas „sprawdzania się w nowych rolach (w okresie dzieciństwa niedostępnych czy mało jeszcze istotnych i atrakcyjnych), określania własnych granic oraz swojego miejsca w społeczności, a także wytyczania zadań i celów" (B. Ziółkowska 2005, s. 381). Jest to szczególnie trudny okres dla osoby, która dorasta w rodzinie dysfunkcyjnej, ponieważ oprócz zmagania się z intensywnymi zmianami indywidualnymi, musi sprostać

trudnościom związanym z funkcjonowaniem w domu rodzinnym, a przecież „w okresie dorastania, mimo wzrastającej niezależności nastolatków, relacje z rodzicami stanowią ważny czynnik wpływający na przebieg ścieżek rozwoju" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 165). Mogą one pełnić funkcję ochronną przed wystąpieniem różnego rodzaju zaburzeń w funkcjonowaniu młodych ludzi. Odgrywa to istotną rolę, bowiem „zachowania problemowe mają tendencję do współwystępowania, co oznacza, że pojawienie się jednego zachowania zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnych" (A. Jaros, R. Jaros 2014, s. 110). Ważne jest przy tym szczere zainteresowanie rodzica swoim nastoletnim dzieckiem i jego dostępność emocjonalna, która często sama w sobie spełnia funkcję ochronną (M. Makara-Studzińska, J. Morylowska 2007, s. 61).

Należy podkreślić, że „adolescenci, bardziej niż dzieci i dorośli są narażeni na negatywne wpływy wywołane problemem alkoholowym rodzica z powodu większej skłonności do impulsywności i zachowań ryzykownych" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 42). Ważne jest, by wsparcie oczekiwane było przy tym zbieżne ze wsparciem rzeczywiście otrzymywanym.

Adam stwierdził, że dla niego **istotnym źródłem wsparcia była grupa rówieśnicza, której obecność była dla niego wystarczająca**.

[Adam] *Tak mi się kojarzy, że chyba żadnej pomocy nie chciałem. W ten sposób, że jako nastolatek ogólnie nie miałem za bardzo dużego kontaktu z rodzicami, no przecież ważniejsi byli dla mnie kumple, koleżanki i tak dalej, więc chyba nie za bardzo, takich świadomych, konkretnych, to nie pamiętam. Kumple byli blisko i to było wystarczające. Pewnie, wiadomo, że jakbym poszedł w takie nieświadome, no to liczyłbym na to, żeby pochwalili, ucieszyli się z czegoś, takiego też nie było.*

Pozostali rozmówcy wskazywali konkretnie na pewne aspekty, które były dla nich wówczas ważne i w których oczekiwali wsparcia ze strony innych osób, a wiązały się ze specyfiką okresu adolescencji. Bowiem na tym etapie rozwojowym, nastolatek poszukuje „informacji zarówno na temat globalnego funkcjonowania świata, jak i funkcjonowania najbliższego otoczenia. (…) Źródłem, z którego młody człowiek czerpie informacje o obrazie świata, jest przede wszystkim dom rodzinny, osoby, które uważa za autorytet (nauczyciele, duchowni, opiekunowie grup, szefowie organizacji), sporo dowiaduje się od kolegów, z którymi przestaje, z lektur, własnych doświadczeń, przemyśleń oraz w znacznym stopniu ze środków masowego przekazu" (M. Bardziejewska 2005, s. 365).

Najczęściej wzorem wchodzenia i utrzymywania relacji intymnych z osobą płci przeciwnej jest dla adolescenta relacja jego rodziców. Ich sposób komunikowania się, podejmowania decyzji itd. są dla jednostki matrycą tego, w jaki sposób te relacje (nie)powinny

wyglądać (M. Kiczka 2015, s. 222). W rodzinie alkoholowej, w której spectrum zainteresowania stanowi choroba alkoholowa jej członka, najczęściej brak prawidłowych relacji małżeńskich opartych na szacunku, konstruktywnej komunikacji, zrozumieniu, na bazie których nastolatkowie mogliby się uczyć prawdziwych i bliskich relacji intymnych (M. Ryś 1998, s. 68).

Moi rozmówcy wskazali, że **w okresie adolescencji ważna była dla nich rozmowa z rodzicami dotycząca tego, w jaki sposób nawiązywać pierwsze, intymne relacje heteroseksualne**.

[Piotr] *Ja chciałem, żeby ktoś nauczył mnie rozmawiać z dziewczynami. Chciałem, żeby ktoś mnie nauczył, co zrobić, żeby mieć dziewczynę. (...) Żeby nauczył, tego powiedzmy, tego kontaktu z dziewczyną, kobietą... kobietą, może z dziewczyną wtedy. W sumie nie wiedziałem, nie wiedziałem, gdzie mam się udać, nie wiem, porozmawiać o tym. Porozmawiać o tym, nie wiem, wygadać się, żeby ktoś mi powiedział, co mam zrobić, żeby mieć dziewczynę, nie wiem, co zrobić żeby, nie wiem, rozmawiać, nie wiem, z kimś, no kto ma inną płeć ode mnie.*

Krzysztof wskazał, że **trudno było mu nawiązać pierwsze relacje intymne, bowiem było to związane z przeżywaniem silnego lęku. Dla niego, z perspektywy osoby dorosłej, istotne było, by ktoś wytłumaczył mu, dlaczego tak się dzieje i pomógł ten lęk przezwyciężyć**.

[Krzysztof] *To wszystko szło takim samym torem. Jak mówię, tutaj bardziej już się nad relacjami damsko- męskimi zacząłem właśnie zastanawiać. To może to wspominałem wcześniej, ta bojaźń przed spotkaniem, gdzieś tam koledzy zapraszali mnie na osiemnastki, tam jakieś dziewczyny były, to się rozmawiało i tyle. A tak, to znowu to samo, tak? Szkoła, trening, szkoła, trening. Także nie mogę sobie przypomnieć . Ale wszystko wydawało mi się ok. W okresie tej szkoły, to już wiedziałem, że coś jest tak nie halo. Ale nie na tyle, żeby gdzieś się zgłaszać, z kimś rozmawiać. Poradzić sobie, później będzie lepiej, dobra, później będzie lepiej, później sobie z tym poradzę.*

Moi rozmówcy niezmiennie wskazywali, że w okresie adolescencji, podobnie jak w okresie dzieciństwa, szczególnie ważne było **wsparcie emocjonalne.** Poszukiwali bliskiego kontaktu z drugą osobą, poczucia bycia ważnymi i wysłuchanymi.

[Katarzyna] *Chciałam porozmawiać z nimi* (rodzicami)*. Na pewno. Może chciałam się od nich czegoś dowiedzieć. O życiu, tak po prostu.*

[Gosia] *Ja potrzebowałam takiego, jakby wysłuchania, jakby, takiego zrozumienia. No, nie widzi mi się ta sytuacja, która miała miejsce.*

[Konrad] *Zauważałem więcej problemów, zauważałem więcej bólu, więcej cierpienia, więcej takich smutnych rzeczy. Więc raczej pod tym względem. (...) Na pewno potrzebowałem wygadania się,*

zrozumienia, z czym tam się borykam. Cisza, spokój - zawsze, cały czas to podtrzymywałem, że tego potrzebowałem.

[Anita] *Coraz bardziej potrzebowałam pomocy emocjonalnej. To był etap, w którym zaczęłam zauważać, jakby swoje braki.*

Jak wskazują wyniki badań realizowanych przez Adela Yarchesky, nastolatkowie, którzy odczuwają niepokój, smutek, lęk, równocześnie dostrzegają niską dostępność wsparcia ze strony rodziców, nauczycieli czy rówieśników. Istotną przy tym rolę odgrywa aktywne radzenie sobie z doświadczanym stresem, czyli wykorzystywanie działań skoncentrowanych na problemie, co z kolei wiązało się z brakiem symptomów depresji u badanej młodzieży (R. Sikora 2012, s. 43).

Dla Anity, której kontakt z rówieśnikami oraz rodzicami nie był dobry, a radzenie sobie z sytuacjami trudnymi często wiązało się z podejmowaniem nagłych decyzji pod wpływem emocji, wsparcie **emocjonalne ze strony bliskich, ale również specjalistów**, było szczególnie przez nią oczekiwane w tym okresie rozwojowym, bowiem wówczas **nasiliły się jej problemy z depresją, z którą sama nie umiała sobie poradzić**.

[Anita] *Zaczęłam zauważać depresję, problemy ze swoją osobą, więc zaczęłam potrzebować wsparcia emocjonalnego, może też lekarskiego, czyli psychologa i tym podobne, natomiast bagatelizowałam to do czasu dziewiętnastu lat i na pewno to był ten etap w gimnazjum, kiedy ja pomyślałam, że fajnie by było mieć pomoc w stylu faceta. Natomiast do wieku lat osiemnastu, nie miałam partnera. Więc potrzebowałam takiej pomocy i żadnej z tych nie miałam. Więc zostawałam z tym wszystkim, co potrzebowałam, czego oczekiwałam, od samej siebie, jakby w kwestii pomocy, mimo wszystko odsuwałam na bok i nie robiłam nic.*

Dla moich rozmówców bardzo ważne było również **wsparcie informacyjne w kontekście psychoedukacji seksualnej**. Mieli potrzebę uzyskania wiedzy dotyczącej tego okresu rozwojowego i wiążących się z nim specyficznych zmian w funkcjonowaniu adolescenta.

Zaakcentowała to Katarzyna, dla której symbol męskości i kobiecości w postaci ojca i matki był niezwykle istotny, gdy ta była nastolatką.

[Katarzyna] *Chciałam pomocy od rodziców, od taty, od mamy, żeby ktoś ze mną porozmawiał. Myśmy nie mieli żadnych rozmów w domu. Ani o kobiecości, ani o męskości, o niczym. Brakowało mi takiej rozmowy. Człowiek musiał się wstydzić, zamiast porozmawiać.*

Jak wynika z wypowiedzi Katarzyny, jej rodzice nie wiedzieli, w jaki sposób przekazać jej podstawową wiedzę dotyczącą seksualności człowieka i pierwszych intymnych kontaktów z osobą płci przeciwnej. **Zamiast porozmawiać z nią i przekazać najważniejsze informacje dotyczące zarówno jej rozwoju biologicznego - menstruacji, jak również tego, jak**

powinny wyglądać relacje intymne z mężczyzną, ograniczyli się do straszenia jej ciążą. Taka sytuacja może być pochodną nieobecności emocjonalnej uzależnionej matki Katarzyny i tym samym trudności jej ojca, jako mężczyzny, w podejmowaniu intymnych rozmów z córką.

[Katarzyna] *Jak dostałam miesiączkę, to tata przyniósł mi podpaskę i to była cała rozmowa o tym, że ja zaczęłam miesiączkować. A potem, tylko było, że… a potem było straszenie, o tak, a propos seksualności. A potem było straszenie: jaki zły jest seks, jaki brudny jest seks i że z seksu są tylko niepożądane dzieci. Ja zawsze pamiętam mamę. Bo mówię, tata był tłem. Tata był gdzieś w tle. On się może nie sprzeciwiał, oczywiście, że on się bał, że ja, nie wiem, w tej swojej szaleńczości, tym buncie, tym, jak bardzo mnie ciągnęło do ludzi, naprawdę, po prostu gdzieś, wiesz, emocjonalnie popłynę, no i zajdę w ciążę. Oni się tego bali, że ja po prostu w tej swojej emocjonalności, szybkiej kochliwości, popadająca w szalenie szybką sympatię, po prostu zajdę w ciążę no… I oni się tego bali, faktycznie mi opowiadali, jakie to jest złe i tak dalej, tak dalej, w takim duchu brudnego seksu zostałam wychowana. W takim duchu, że to jest złe. No i z tego się rodzą niepożądane dzieci. To może kiedyś po ślubie dziesięć lat. Ja wynosiłam z tego taką lekcję. Nie było powiedziane wprost, ja ci natomiast mówię, o moim odbiorze.*

Biorąc pod uwagę zarówno okres rozwojowy, w którym omawiane wsparcie społeczne miałoby być udzielane, jak również płeć jednostki, która go potrzebuje, różne są oczekiwania dotyczące formy wsparcia społecznego oraz podmiotu, który miałby owego wsparcia udzielić.

8.1.7.3. Źródła oczekiwanego wsparcia społecznego

Badani, jako osoby już dorosłe, potrafili sprecyzować, kto miałby udzielić im omawianego wsparcia społecznego w okresie dzieciństwa i adolescencji. W obydwu okresach rozwojowych najbardziej pożądanym przez nich wsparciem było **wsparcie emocjonalne udzielane przez rodziców**. Ich pomoc miałaby opierać się na daniu im poczucia bycia kochanymi i ważnymi.

[Katarzyna] *Ja bardzo chciałam, by mnie mama kochała.*

[Gosia] *To generalnie chodzi nawet o taką, wiesz, ich* (rodziców) *uwagę, ciepło, jakieś wspólne spędzenie czasu, okazanie czułości, miłości, że jestem ważna dla nich.*

Szczególnie często moi rozmówcy podkreślali, że **oczekiwali pomocy również od specjalistów z zewnątrz, takich jak psycholodzy czy pedagodzy szkolni**, którzy mogliby zapoczątkować proces zmian w funkcjonowaniu ich rodziny.

[Anita] *Bardziej psycholog był wtedy potrzebny. Bo o ile wcześniej może pomogłyby mi jakieś dobre zachowania, ze strony mojego otoczenia, tak już wtedy moja depresja zaczęła istnieć na maksa. Rozpoczęły się problemy z samą sobą, w stylu chęci samobójcze, jeszcze plany jakieś były i to był ten etap, w którym ja sama uznałam, że: >>oho, to już potrzeba jakiejś specjalistycznej pomocy, skoro*

wcześniej niekoniecznie zauważałam, że mogę jakiejś potrzebować<<. A skoro jest tak źle, może już tego potrzebuję a mimo wszystko po to nie poszłam. To było bardziej w ten sposób.

Gosia podkreśliła, że również oczekiwała przede wszystkim pomocy ze strony **specjalistów z zewnątrz, którzy wsparliby nie tylko ją, ale również systemowo całą rodzinę**.

[Gosia] *Była potrzebna taka terapia, cały czas kontynuowana terapia, na pewno terapia rodzinna. W sensie, że z mamą, no ale co, na początku nie trafiłam do tego pana doktora, u którego się tam prowadziłam, za to trafiłam na innych lekarzy. Byłyśmy na terapii rodzinnej, ale ta pani doktor, ta pani była doktorem, z tego szpitala i psycholog, no to powiedziała, że dla ojca już nie ma ratunku, więc mama jak usłyszała, to powiedziała, że ona nie ma z kim rozmawiać.*

Konrad stwierdził, że dla niego ważne było, by **jakikolwiek nauczyciel** zauważył, że ma trudności i zainterweniował poprzez kontakt z jego matką.

[Konrad] *Rozmowa z psychologiem, zauważenie, że coś się dzieje źle, może jakiś nauczyciel mógłby to zauważyć, że tutaj, że: >>Konrad jest małomówny, Konrad tam, tak, tak i tak inaczej, coś tam może niedobrego się dzieje<<- więc może z tego punktu. (...) Przede wszystkim myślę, że musieliby skontaktować się z moją mamą, porozmawiać, znaczy nie wiem, czy czasem nie rozmawiali. No, to też przez pryzmat lat jakoś uległo zapomnieniu. Podejrzewam, że nawet kontaktowali się. Pamiętam, że jedna z nauczycielek wspominała, że potrzebuję głównie pomocy psychologicznej, ale tutaj już nie pamiętam, z jakich względów.*

Analizując wypowiedzi moich rozmówców dotyczące rodzaju wsparcia oczekiwanego, można wnioskować, że miałoby ono dotyczyć obszaru związanego z ich **ważnością w kontaktach z innymi ludźmi. Podkreślali, że istotne dla nich było poświęcenie im uwagi, wysłuchanie oraz pokazanie, że są osobami docenianymi, ważnymi. Omawianego wsparcia oczekiwali przede wszystkim od rodziców. Badani wskazywali także na potrzebę otrzymania specjalistycznej pomocy. Oczekując jej z zewnątrz, pragnęli, by jego ostatecznym rezultatem było wspomożenie rodziny w kontekście jej prawidłowego funkcjonowania. Omawiane wsparcie nie zawsze było udzielane, a jeżeli nawet, to niekoniecznie przez osoby od których go oczekiwali badani**.

8.1.7.4. Wsparcie społeczne (nie)otrzymywane w okresie dzieciństwa i adolescencji

Odnosząc się do problematyki wsparcia społecznego, należy szczególną uwagę zwrócić na dwa jego rodzaje: **spostrzegane oraz rzeczywiście otrzymane**. Pierwsze z wymienionych „może wiązać się z antycypacją pomocy w potrzebie, to drugie - z pomocą uzyskaną w danym przedziale czasowym" (N. Knoll, R. Schwarzer 2004, s. 30). W poprzednim podrozdziale zwróciłam szczególną uwagę na to, jakiego, oraz od kogo, wsparcia społecznego oczekiwali moi rozmówcy. **W tym podrozdziale przyjrzę się temu, jakie wsparcie rzeczywiście zostało**

im udzielone i od kogo oraz czy korelowało ono z oczekiwanym przez nich wsparciem w okresie dzieciństwa i adolescencji.

Szczególną rolę, zwłaszcza w przypadku dzieci dorastających w rodzinach alkoholowych, odgrywa rozpoznanie „odgrywanych" przez nie ról i dostosowanie form wsparcia do specyfiki ich funkcjonowania. Wynika to z faktu, że „dzieci alkoholików są mistrzami w ukrywaniu swej wewnętrznej udręki" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 63). W rezultacie, gdy osoby udzielające wsparcia rozpoznają określone role, „mogą pomóc dzieciom alkoholików w odrzuceniu fałszywych osobowości, które stoją na drodze do wyleczenia, i w zaakceptowaniu siebie takimi, jakie są naprawdę" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 64). Inicjatorem wszczęcia procedury specjalistycznej pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych może być nauczyciel/wychowawca, pedagog/psycholog szkolny, którzy mają okazję spędzać z nim więcej czasu oraz dysponują odpowiednimi narzędziami w pracy, za pośrednictwem których mogą zapoczątkować proces pomocowy.

Osoby ważne w życiu dzieci i adolescentów pochodzących z rodziny alkoholowej

Odwołując się do jednego z podstawowych modeli Normana Garmezy'ego i współpracowników, **modelu równoważenia ryzyka**, którego główne założenie wskazuje na bezpośrednie oddziaływanie czynników chroniących na zachowanie, równoważąc wpływ czynników ryzyka (A. Borucka, K. Ostaszewski 2012, s. 14), można wskazać, że **obecność ludzi ważnych w życiu osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej, może być swego rodzaju czynnikiem ochronnym i stanowić istotne wsparcie społeczne, a także decydować o pozytywnej adaptacji jednostki**. W tym przypadku nie muszą takiej roli spełniać jedynie specjaliści z zewnątrz. Czynnikiem ochronnym może być również obecność dalszej rodziny, rówieśników czy nauczycieli (K. Gąsior 2012, s. 101). Ostatni z wymienionych (nauczyciel) odgrywa istotną rolę w życiu dziecka. By miało ono poczucie, „że w czymś jest naprawdę dobre, nauczyciel musi być człowiekiem, który wie, jak akceptować to, czego dziecko umie dokonać" (K. Appelt 2005, s. 280-281).

Niektórzy moi rozmówcy podkreślali istotność otrzymanego wsparcia od **nauczycieli. Jak sami wskazywali, wspomniana pomoc dawała im poczucie bycia ważnymi i wysłuchanymi dzięki wspólnemu dzieleniu pasji oraz kontaktowi opartemu na szacunku i zrozumieniu. Omawiana relacja nabierała szczególnego znaczenia wówczas, gdy badani nie mieli dobrego kontaktu z rówieśnikami.** Wówczas szczególnie intensywnie poszukiwali aprobaty ze strony nauczycieli.

[Konrad] *Ważnymi osobami w moim życiu byli moi wychowawcy. Przynajmniej większość z nich, w szkole, z którymi miałem kontakt, jeszcze z jedną nauczycielką od historii i jeszcze z jednym*

nauczycielem, który był od polskiego. Więc z nimi miałem dobry kontakt, miałem o czym porozmawiać i wiem, że ich lubiłem. Jedna koleżanka była dla mnie ważna, niestety kontakt przez lata już się mocno urwał, zepsuł. Więc aprobata była dla mnie ważna. (...) Wydaje mi się, że miałem z nimi dobrą nić porozumienia, czy to były te osoby, z którymi mogłem porozmawiać na temat hobby, skoro niektórzy koledzy woleli rozmawiać na temat motoryzacji, czy piłki nożnej, to były te osoby, które potrafiły wysłuchać, które lubiłem. (...) Ta aprobata u wychowawcy i koleżanki dawała mi dużo.

[Piotr] *Doceniałem Panią Iksińską z podstawówki też, która biologii i przyrody uczyła, która mnie bardzo mocno tym zainteresowała, tymi sprawami. Pana Iksińskiego, który, o właśnie, to jest ten nauczyciel, który powiedział, że nas kocha, nieważne, jacy jesteśmy, to też, to zapamiętałem sobie bardzo mocno też, to było dla mnie ważne.*

[Anita] *Ich przychylność wobec siebie - to było dla mnie ważne. Lubiłam być akceptowaną przez osobę, która wywierała na mnie autorytet. Uwielbiałam ich uwagę na sobie, strasznie zawsze lubiłam uwagę wokoło siebie, jeżeli chodzi o osobę, która ma wobec mnie autorytet. Nie interesowała mnie uwaga innych, w stylu rówieśników. Nie interesowała mnie ta osoba w gimnazjum, ale jeżeli nauczyciel zwracał na mnie uwagę, osoba postawna, która przeszła już jakieś studia, się uczyła, czegoś się uczyła, zdała to wszystko. Ja wiedziałam, jak to działa, że to jest ciężkie. Jeżeli zwróciła na mnie uwagę, ja się czułam w skowronkach. Byłam radosna i czułam się doceniona przez nich. Nie musiałam być doceniona przez ludzi dookoła, chyba, że chodziło o rysunki, bo zawsze chciałam mieć wobec tego uwagę na sobie jakby. Natomiast, wobec własnej wiedzy nie potrzebowałam akceptacji ludzi, właśnie uwielbiałam akceptację nauczycieli, czy na przykład naukowców- też miałam z takimi styczność, czy na jakichś wycieczkach do przeróżnych miejsc. Pamiętam do planetarium, kiedy nauczyciele i ja na przedzie rozmawiałam o różnych rzeczach, które, już tu nie będę przywoływać, bo to długi temat, który moi rówieśnicy by nie zrozumieli, bo dla nich różne pojęcia, w stylu masy gwiazd, co to jest za nowa gwiazda, jak ona została odkryta, teleskop jak działa, to tamto, skąd to się bierze, co to jest supernova, oni o tym nie wiedzieli, bo ich to nie interesowało i nie byli interlimited, nie byli zainteresowani, więc ja brałam prym, w tym wszystkim i korzystałam z tego i takie osoby po prostu mnie lubiły. Więc ja lubiłam się w tym otaczać. Czułam, jakby takie: ohoho. Bardzo lubiłam być chwalona, na tym punkcie, dlatego, że jestem tym zainteresowana.*

Dla Alicji relacja z polonistką miała szczególne znaczenie, ponieważ, jak sama podkreśliła, ta była dla niej **wzorem do naśladowania, dzięki któremu zobaczyła, że w niektórych sytuacjach można funkcjonować inaczej niż tak, jak w domu rodzinnym. Ponadto dawała jej więcej swobody i przestrzeni do rozwoju, dzięki którym mogła odkryć swoje zasoby i je rozwijać**.

[Alicja] *W liceum, to była taka osoba, ona no... Już w podstawówce pisałam piórem, ale wtedy, takie polskie pióra były, które wiecznie kleksy robiły i jak potem zaczęłam się uczyć w liceum, no, to pani polonistka, ona też kochała pióra, miała piękne, takie dwa pióra, jedno czarne, drugie bordowe i*

ponieważ wiedziała, że ja i taka moja przyjaciółka jedna wtedy piszemy piórami i że też mamy miłość do piór, to miała taką koleżankę na dole, w sklepie, takim papierniczym, tam piętnaście minut w tę i wewtę, to jak się zaczynał polski, to tak podchodziła i tylko mówiła: >>Macie piętnaście minut<<. (...) Więc ona była takim dla mnie, taką trochę rewolucjonistką, ta kobieta, ta polonistka, ale też imponowała mi swoją odwagą mówienia wprost. O swoich poglądach. A tak, to takie było, ważne było, tak wtedy dla mnie. No, to taka jedna osoba, co mi przychodzi jakoś do głowy. (...) I to mi dodawało trochę odwagi, jakoś to sobie wzięłam od niej, trochę pobrałam i to, że dawała mi przestrzeń do rozwoju. (...) Dawała mi przestrzeń do rozwoju właśnie w tym, co mi przychodziło łatwo, że tak prowadziła lekcje, miała taki system, bardziej akademicki, dzięki temu ja mogłam odkryć takie swoje mocne strony, talenty do pisania, tak, do różnych takich rzeczy właśnie.

Osobami, które wspierały moich rozmówców, byli także dalsi członkowie ich rodzin. Grażyna twierdzi, że taką osobą jest **babcia, która różniła się charakterem od jej współuzależnionej matki i która tym samym była przykładem tego, jak funkcjonować w trudnych momentach życia**. Mimo że rozmówczyni sama wskazywała, że jej babcia była osobą konfliktową i wielokrotnie ta nie chciała utrzymywać z nią bliższej relacji, to równocześnie przyznaje, że jest ona dla niej przykładem, jak walczyć o swoje dobro, ponieważ jako jedyna **potrafiła przeciwstawić się uzależnionemu ojcu badanej. Odwołując się do wypowiedzi Grażyny, hipotetycznie można przypuszczać, w myśl modelu uodpornienia na ryzyko Normana Garmezy'ego, że „umiarkowany poziom ryzyka może uodparniać jednostkę na szkodliwe działanie tych czynników i jednocześnie przygotowywać ją do nowych i trudniejszych wyzwań" (I. Grzegorzewska 2013, s. 47).**

[Grażyna] *Babcia, mówię babcia* (wulgaryzm). *No, do pewnego czasu, a propos babci, to mi nie przeszło przez gardło, słowo >>babcia<<. Do Krzysztofa babci oczywiście jest kochana, fajna, super, jest babcia. Ale moja, to już chyba od połowy podstawówki, to była babka, bo jak miałam powiedzieć o niej miło coś, to już teraz mi tutaj* (wskazanie na okolice gardła) *stoi i nie powiem. To nie jest człowiek. Na terapii mi wyszło, że powinnam jej podziękować, bo wzięłam jej charakter. I to mi wyszło najlepiej dlatego, że patrząc na mamę... jak to łagodnie nazwać?- Dobra, kulturalnie: >>współuzależnioną<<, jak to ciele idzie, kurde, za krową, to mama współuzależniona normalnie, aż jej bokiem wychodzi, ona swojego zdania, no nic, no zero. Nawet Święty Boże nie pomoże, bo ona musi słuchać taty, męża. Mama swoją drogą. Więc mamy charakteru nie wzięłam. Była babka w domu, był tata w domu, tata myśli, że ma władzę, myśli, że rządzi a babcia, jego własna mama pomiatała nim jak, jak chce. No, więc wzięłam najsilniejszą jednostkę w domu. Babka, co chce, to zawsze ma, co chciała zrobić, to zawsze zrobiła, jak chciała się wyżyć, żeby była wojna w domu, to zawsze jej to wyszło. Wszyscy normalnie chcieli ją dookoła pozabijać, więc mogła się tak kłócić i tylko się kłócić, ile tylko chce, jeżeli tego potrzebuje, zawsze to dostała. Nikt, nigdy, nazwijmy to, nie wziął jej złości, jak chciała na kogoś zrzucić, wszystko zrzuciła, na kogo chciała. I suma summarum, patrząc na teraz, kiedyś, to jej nienawidziłam, absolutnie*

nie. A na terapii mi wyszło, że wszystko wzięłam od niej i dobrze, bo dzięki temu mam charakter i się nie poddaję.

Dla Damiana ważną osobą był **wujek, który okazywał mu swoje zainteresowanie, poświęcał mu czas i dawał w ten sposób do zrozumienia, że jest kimś wartościowym**.

[Damian] *Mój wujek, on zawsze się gdzieś interesował, co tam się spotkaliśmy na jakiejś imprezie rodzinnej: >>To, do której klasy już chodzisz? Do trzeciej? Myślałem, że do pierwszej<<. I zawsze mnie to bawiło, zawsze mówiłem: >>Kurde, wuja, przecież trzy miesiące temu ci to mówiłem<<. (...) Brat mamy. I już wspominałem o nim, że był jedną z tych osób, na które ewentualnie powinienem był liczyć. (...) No właśnie to zainteresowanie. Takie tam drobne pytania, ale jednak je zadawał. Jak szedł coś robić też w samochodzie, no to: >>Chodź, pomożesz mi klucz podać<<. No i to było takie, no to po prostu tak wiesz, potrafił jakoś dotrzeć do człowieka. Gdzieś tam mu to zostało.*

Osoby wychowywane w rodzinach alkoholowych mają bardzo **niewiele okazji do doświadczania szacunku, miłości, szczerego zainteresowania swoją osobą. Ich „prawo do spokoju i bezpieczeństwa w sposób drastyczny - bo pociągający za sobą wiele skutków łamane jest**" (J. Anuszkiewicz 2000, s. 24). Stąd utrzymywanie konstruktywnych relacji z innymi osobami jest niezwykle istotne i może stanowić jedyne źródło pozytywnych doświadczeń interpersonalnych w okresie dzieciństwa i adolescencji.

[Adam] *Ciotka była dla mnie ważna- siostra mojej matki, bo przez to, że od niej będąc tam dostawałem więcej jakiegoś takiego ciepła, czułości, bo ona była taką czułą kobietą. To ją bardzo dobrze wspominam. (...) No, jak się przychodziło, to było takie przytulenie, pomierzwienie włosów, czy: >>Co tam? Co tam u Ciebie?<<, bo ona się cieszyła, że my tam jesteśmy, że jak przychodzą właśnie dzieciaki siostry. (...) Tak, ja tego za bardzo w domu nie dostawałem. Moja matka nadal emocji nie okazuje, ona strasznie chowa w środku. Jak cokolwiek ma pokazać, to jest tak, jakby przebić balon, tak później puszczają te emocje, tak to wszystko jest strasznie schowane. A ciotka, ciotka była taka strasznie wylewna. (...) Myślę, że to mi właśnie się bardzo podobało i odpowiadało wtedy. Lgnąłem do tego, nie było tego w domu, więc mi się to podobało. Druga ciotka, siostra mojego ojca z kolei, też była taka bardzo fajna. (...) Też taka ciepła, ciesząca się. Potem tam rodzice dziesięć lat z nią nie rozmawiali, bo się pokłócili o garaż. Ostatnio się pogodzili, to jest akurat wspaniałe, przynajmniej pod koniec życia odnowili sobie kontakty. A ona potem przyszła do nas, kiedyś, to była na pewno taka spięta i takie: >>Chodź Adam, pokaż się, taki przystojny<<. Super w ogóle, dziesięć, czy dwanaście lat nie widzisz kobiety, a ona jest taka szczęśliwa, że cię widzi, świetnie. I taka była też wcześniej.*

[Krzysztof] *Ciocia- później, ale wcześniej troszeczkę, tak nazwijmy to, bo powoływałem się na mojego przyjaciela, w cudzysłowie, tak? Chodząc do niego dom domu, to jego rodzice, jak coś mówili, tak można, tak nie można, no, to jakoś to łapałem i chłonąłem, bo to pamiętam do dzisiaj, nie. Że nieraz rodzice mojego przyjaciela mówili tak i tak i potem w dorosłym życiu, jak przeanalizowałem, tylko nie dzieliłem się z tym. Bardziej w sobie, w sobie. (...) Przede wszystkim, rodzice mojego przyjaciela byli*

ważni dla mnie. I też od nich czułem, że oni rozmawiali ze mną. U mnie w domu takich rozmów nie było. Może łatwiej też mi było porozmawiać z mamą kolegi, przyjaciela, niż ze swoją. Różne tematy takie życiowe, nie wiem, o jakiejś narkomanii: >>uważajcie chłopacy<<, nie wiem, coś się wydarzyło, że tak nie wolno robić. No albo jakiś uczeń, coś zrobił, to pospolite, życiowe sprawy, które były w danym czasie.

Osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej doświadczają dzieciństwa burzliwego oraz pełnego cierpienia. **Odbierane jest im to, „co dla okresu dzieciństwa jest charakterystyczne: radość, beztroskę, zabawę, ufność, szczerość i spontaniczność. Niejednokrotnie sytuacja panująca w domu rodzinnym zmusza dzieci do przejęcia odpowiedzialności za swoje podstawowe potrzeby oraz za rodziców, którzy są zbyt uwikłani w nałóg, aby móc zajmować się domem. Szybkie pójście do pracy, przejęcie obowiązków domowych, konieczność przedwczesnej samodzielności, nie tylko odbiera dzieciństwo w sposób metaforyczny, ale też dosłowny**" (B. Kałdon 2015, s. 99).

Sławek wyznał, że bardzo ważne było dla niego wujostwo, z którymi w relacjach miał okazję doświadczyć spontaniczności, zabawy i poczucia bezpieczeństwa.

[Sławek] *Ja lubiłem bardzo mojego wuja, Antoniego, czyli brata mojej mamy i mojego wuja Bronisława, drugiego brata mojej mamy. Lubiłem też swego czasu ciotkę Kryśkę, też następną siostrę, bo rodzina ojca gdzieś tam była dalej porozrzucana, w sensie nie byli na tej wiosce, a tu wszyscy byli w wiosce. Z wujkami, to miałem może kontakt stosunkowo rzadki, ale zawsze jakiś tam był, gdzieś tam żarcik, jakieś głupoty, w tenisa gdzieś z jednym i z drugim pograłem, a to gdzieś Komarkiem nas przewieźli. Z ciotką z kolei, jak się poszło, no to zawsze można było, może nie bezpośrednio z nią, ale tam były też jej córki, to w grę wieczorem można było pograć. Czy z moją mamą grałem w grę i z moim tatą? Kurczę, nie pamiętam, a z ciotką, na przykład, grałem w jakieś tam monopole, warcaby, czy tym podobne. (...) Myślę, że dlatego, że było jakieś tam zainteresowanie z ich strony względem mnie. Bo ten wujek miał Komarka, mój tata miał WS-kę, co prawda, ale tą WS-ką nigdzie nas nie wiózł. Tam raz po raz, co prawda, do swojej babci, ale tak, żeby nas przewieźć, to wiesz. A ten wuja, co prawda oni byli młodsi, to wiesz, jakieś szaleństwo typu zrywy, kółeczka, a to taka ciekawostka dla takiego dzieciaka, że wiesz, wujek przewiezie na jednym kole, a z drugiej strony właśnie pójdzie z tobą pograć w tenisa, czy na przykład. Albo o coś zapyta, czy klepnie w głowę żartobliwie. Myślę, że to był taki punkt zahaczenia, że ktoś się tobą* (wulgaryzm) *zajął nagle, ktoś zwrócił, można powiedzieć błahą uwagę, ale się zajął tobą. A od ojca, kurczę, nie pamiętam, od matki zresztą też dużo nie pamiętam, chociaż coś siłą rzeczy musiało być. Także, no widzisz, to jest to. Takie proste niby.*

Niektórzy z moich rozmówców wykazywali zdolność do **mobilizacji sieci wsparcia społecznego**. Niekoniecznie odnosiła się ona do aktywnego poszukiwania przez nich wsparcia wśród członków rodziny, ale wsparcia ze strony rówieśników, które otrzymywali. To oni często

stanowili „**okazję do rozwijania umiejętności społecznych: komunikowania się, współpracy, empatii, okazywania i otrzymywania wsparcia, rozwiązywania konfliktów, negocjowania**" (E. Napora 2016, s. 45). Rówieśnicy często stanowili dla nich źródło bezpieczeństwa, możliwość mile spędzonego czasu, co nierzadko bywało ich największym wsparciem w trudnych chwilach.

[Krystyna] *Miałam taką kumpelkę, w bloku obok mieszkała, to żeśmy, długo się kolegowałyśmy. Nawet na drugim roku studiów jeszcze razem mieszkałyśmy, ale to żeśmy się bardziej rozeszły wtedy. Ale tak, to rzeczywiście przez całą podstawówkę żeśmy się bardzo kumplowały. (...) Przyjaźniłyśmy się. Dużo jeździłyśmy razem rowerem, generalnie zawsze grałyśmy razem w te wszystkie gumy i skakanki i w piłkę się tam grało, w dwa ognie, to zawsze razem. Dużo do siebie chodziłyśmy, duchy razem wywoływałyśmy, aerobik ćwiczyłyśmy, jak aerobik przyszedł w szóstej klasie, to aerobik razem ćwiczyłyśmy. Miałyśmy próby biegania wspólnego. Razem siedziałyśmy w ławce zawsze. No i przez to, że razem zawsze do szkoły chodziłyśmy w tej podstawówce, tam trzeba było jakieś iść dwadzieścia minut do szkoły. Na drzewa razem wchodziłyśmy. To przez całą podstawówkę generalnie w tę i wewtę łaziłyśmy. Ona też nie miała fajnie w domu, bo jej ojciec był zatwardziałym partyjniakiem i strasznie rządził w domu. Mama jego była taka, bardzo fajną mamę miała, taką spokojną, taką właśnie ciepłą. Pamiętam, bardzo fajna była ta mama. A jego też się bałam, jej ojca. On był właśnie taki zimny. Chociaż potem się okazało, że wcale taki nie był, ale takie wrażenie sprawiał.*

[Katarzyna] *Moja sąsiadka była dla mnie ważna, z którą dzisiaj nie utrzymuję kontaktu żadnego. Ale mieszkałyśmy klatkę w klatkę, nie pamiętam odkąd jej nie znam. Ula Iksińska. Trzymałyśmy się zawsze razem, wakacje razem, dwa lata ode mnie starsza, jest rówieśniczką mojego brata. Trzymałyśmy się razem do dziewiętnastego roku życia. Wiedziałyśmy obie o sobie wszystko. Nie dało się ukryć. Wspólna ściana, wiesz, jak jest i w domach z betonu, nie? Tak, Ula na pewno. Tu się przyjaźniłyśmy mocno. Tak, że do dziewiętnastego roku życia nie pamiętam, odkąd nie znałam Uli. Ja podejrzewam, że musiałyśmy zacząć babki lepić w piaskownicy. Wszystko, co pierwsze, to z Ulą. (...) Ufałam jej bezdyskusyjnie, ufałam jej, wiedziałam, że ona też mi ufa. My się trzymałyśmy naprawdę mocno razem. Jedna drugą jakoś tam wspierała. Nie rywalizowałyśmy ze sobą, raczej, jak coś nam się, nie wiem, jakiś fajny perfum trafił, czy coś, to jedna drugiej polecała, żeby ta druga też miała i to było takie bez rywalizacji, bez, nie wiem, udowadniania sobie, która jest lepsza, z pełnym zaufaniem, takim wsparciem, partnerskim takim. Myśmy się mocno trzymały razem. Do mojego dziewiętnastego roku życia. Ula miała dwadzieścia jeden lat, kiedy pokłóciłyśmy się tak naprawdę i w grę weszli nasi rodzice- już było po znajomości.*

Dla Anity, która nie miała dobrego kontaktu z rówieśnikami ze szkoły oraz z najbliższego środowiska społecznego, bardzo ważną rolę odegrali **internetowi przyjaciele, z którymi dzieliła pasje i zainteresowania, którzy okazywali jej zrozumienie i z którymi z biegiem czasu nawiązała także realne znajomości**.

[Anita] *Nauczyli mnie rysować, bo nauczyli mnie interesować się niektórymi rzeczami, jakoś mnie rozwinęli na tym punkcie, właśnie nie rysowałabym, gdyby nie oni. Wcześniej nie lubiłam rysować. Nagle mnie to zaciekawiło. Dlatego myślę, że właśnie oni bardzo mocny wpływ na mnie mieli, ludzie z internetu, z którymi dalej trzymam kontakt. Od podstawówki. Pozytywni ludzie, niektórzy niekoniecznie może, bo zdarzają się takie osoby, które, no cóż. Natomiast z przyjaźniami z podstawówki nadal trzymam kontakt i tak dalej. To jest pozytywny kontakt, bo dalej spędzamy ze sobą dużo czasu, czy spotykamy się już normalnie, bo wiadomo, ja mogę sobie jeździć, oni mogą sobie jeździć, tak bardziej się spotykamy, mimo, że większość jest na* (nazwa danego rejonu Polski), *a ja z* (nazwa danego rejonu Polski). *(...) Mimo, że jakoś nie mówiłam im o tym, co się dzieje w moim domu, to ich wsparcie było po prostu tym, że są. Ja się cieszyłam, że kogoś mam, że z kimś mogę pomówić, o takich wspólnych rzeczach, czasami pograć z nimi w jakieś gry i spędzić razem czas. To było dla mnie pozytywne, bo nie miałam z kim spędzać czasu, tak poza tym. Chociaż, jak była ta podstawówka, ja nie miałam zbytnio dużo znajomych. Poza tą jedną dziewczyną, z nią czasami spędzałam czas, ale poza tym wolałam siedzieć. Było mi dobrze, gadaliśmy, jakieś wspólne zainteresowania, gry, wspólne rysunki, jakieś tworzenie różnych rzeczy. Na tym wolałam się skupić. I chwała Bogu.*

Oprócz wyżej wskazanych, nieinstytucjonalnych form pomocy, moi rozmówcy wzmiankowali również o udzielanym im specjalistycznym wsparciu w okresie dzieciństwa i/lub adolescencji. Należy zwrócić uwagę, że **ta forma pomocy, jak wynika z ich wypowiedzi, była również jedną z najbardziej przez nich oczekiwaną**.

Zarówno Gosia, jak i Konrad twierdzili, że otrzymywali **pomoc psychologa dziecięcego.**

[Gosia] *Z perspektywy dorosłej osoby, moim zdaniem, co prawda miałam wtedy pomoc psychologiczną, bo chodziłam na spotkania do pani Iksińskiej, do psychologa dziecięcego. Aczkolwiek, no uważam, że tamta pani nie sprostała swojemu zadaniu, bo ja widzę teraz to z perspektywy czasu, że moja mama jakby trochę chciała zastąpić mi ojca, być za dwoje, że nie wyszło mi to na dobre, bo wiem, że ona miała na pewno dobre zamiary, tak, ona nie chciała mnie skrzywdzić, ale ja jakby nie mam teraz mechanizmów obronnych, nie umiem sobie poradzić z sytuacjami takimi stresowymi. Uważam, że ta pani psycholog nieodpowiednio na to zareagowała. (...) Jednak, jako dziecko, miałam też problem taki, że sprawdzałam okna, sprawdzałam drzwi, po tym napadzie bałam się strasznie, patrzyłam się za siebie. Ja się bałam nawiązać jakikolwiek kontakt z ludźmi i co prawda, do tej pory mi to zostało, ale uważam, że ta pani psycholog nie spełniła swojego zadania.*

[Konrad] *Gdzieś tam byłem zapisany, gdzieś tam miałem jakieś spotkanie z psychologiem, nie wiem, robiłem jakieś ćwiczenia, ale szczerze powiedziawszy, jakoś nie pamiętam tego zbyt dobrze. To było chyba w pierwszej gimnazjum, coś koło tego, druga?*

W przypadku udzielania pomocy ze strony psychologa dziecięcego Konradowi i Gosi (Gosi również była udzielana pomoc w szpitalu, o skuteczności której wypowiadała się w inny

sposób) pojawił się rozdźwięk pomiędzy ich potrzebami a rodzajem udzielanego im wsparcia społecznego. Z ich perspektywy **specjalistyczna pomoc nie była efektywna, bowiem trwała zbyt krótko albo ograniczała się wyłącznie do pomocy udzielanej im, z pominięciem ich rodzin**.

Jak wynika z wypowiedzi Gosi, psycholog, która prowadziła z nią zajęcia, powinna również zwrócić uwagę na jej symbiotyczną relację z matką, która znacznie utrudniała jej proces separacji-indywiduacji, wchodzenie w kontakty z rówieśnikami. Aktualnie jest to główną przyczyną utrudniającą osiągnięcie pełnej autonomii.

[Gosia] *Mogłaby moją mamę trochę nakierować. Aczkolwiek, moja mama, po latach stwierdziła, że lepiej by było wychowywać nas dwoje - mnie i mojego brata samotnie, w sensie, ona sama z pomocą moich dziadków, niż z moim ojcem. (...) Nakierować, wydaje mi się, na pewno mogłaby ją nakierować no to, że nie mogę mieć takiego klosza. Że nie mogłaby, jakby to powiedzieć, opieki sprawować, takiej aż nadto, że ja nie mam mechanizmów obronnych.*

[Konrad] *Ale te wizyty były bardzo sporadyczne, po prostu i to chyba była jedna albo parę wizyt. Pamiętam, że na pewno jedna albo dwie były.*

Zdarzało się, że wsparcie osób z zewnątrz było udzielane moim rozmówcom dopiero wtedy, gdy **nasiliły się u nich objawy chorobowe i konieczna była interwencja specjalistów**. Jak się okazuje doprowadziła ona do istotnych, a co najważniejsze, pozytywnych zmian w ich dalszym funkcjonowaniu.

[Alicja] *W wieku prawie dwudziestu lat miałam właśnie chorobę. Z taką poważną chorobą neurologiczną się borykałam i to był taki przełom właściwie. Tam poznałam obcych ludzi, którzy pokazali mi, że tak nie jest, jak mówią moi rodzice i którzy zobaczyli we mnie wartościowego człowieka i w ogóle pokazali mi, że można inaczej jakoś, inaczej być w relacji. No i to był taki zwrot, myślę.*

[Gosia] *To był okres, gdzie ja byłam bardzo chora, byłam dwa czy trzy miesiące w szpitalu, długi, długi czas byłam chora. Pewnego dnia po prostu jakby zemdlałam w domu. Moja mama zawołała karetkę, jakby to powiedzieć, no co, mama mówiła, że to erka z lekarzem przyjechali. Podejrzewali sepsę, ale sepsę ponoć wykluczyli i trafiłam tam z ostrym zapaleniem krtani do szpitala zakaźnego, później wywiązało się zapalenie nerek, jajników, bo szaczęło po całym organizmie krążyć. W szpitalu byłam pod opieką psychologów i tak dalej.*

Jednym z bardzo istotnych czynników związanych z możliwością otrzymywania wsparcia społecznego jest jego **dostępność**. Niektórzy moi rozmówcy nie dostrzegali konieczności pomocy, co nie było wynikiem braku takiej potrzeby, ale przede wszystkim **niewiedzy dotyczącej tego, gdzie mogą zwrócić się po pomoc i ją otrzymać albo brakiem dostępności sieci wsparcia, a konkretniej - brakiem odpowiednich, specjalistycznych form wsparcia w ich najbliższym środowisku.**

[Piotr] *Właściwie, jeśli chodzi o: >>Piotr, idź do psychologa<<, czy coś tam takiego to... Znaczy, w tych czasach nie było psychologów albo byli, nie było to takie popularne. (...) Nie no, bo w sumie nie wiedziałem, do kogo mam się udać, nie wiem, gdzieś taty nie traktowałem jako osobę, z którą mógłbym o tym porozmawiać, tak naprawdę. Mama do dzisiaj mówi czasami, że nie wie, jak to wyglądało i czy miał przed nią jakieś związki, czy nie miał przed nią.*

[Alicja] *Jak sobie pomyślę o różnych rzeczach, to ja na przykład w szkole potrafiłam powiedzieć do nauczycielki, że się nie nauczyłam na sprawdzian, bo przyszedł ojciec pijany i była awantura. I tu spotkałam się z takim zrozumieniem, rzeczywiście: >>No dobra, to się nauczysz, jak ten…<<. Ale kiedyś nie było psychologa szkolnego, pedagoga szkolnego, była higienistka, która ogarniała wszystko i tak naprawdę w szkole nie było do kogo, w mojej szkole, nie było do kogo się zwrócić, ponieważ to, że w rodzinie ojcowie pili, to moim, to mam takie wrażenie, że to było takie naturalne, w ogóle jakieś takie. Tak, jak sobie wiesz przypomnę, to naprawdę co drugi dom, to tam po prostu wiesz.*

[Katarzyna] *W związku z czym, też nie pamiętam. Oceniam tamtą sytuację przez pryzmat dzisiejszych czasów, kiedy rozmowa o psychologu/ pedagogu, kiedy rozmowa o ginekologu jest rzeczą naturalną i o której każdy mówi głośno. Wówczas był to jakiś temat tabu, chyba w moim domu. W związku z czym, może jest mi troszkę łatwiej, a im było trudniej. Nie mam pojęcia. W każdym razie myślę sobie, że powinni mnie wtedy zabrać do lekarza, a stało się to bardzo późno.*

[Damian] *Ale też, dużo o tym myślałem, po prostu nie byłem tego nauczony, jakoś tak, nie byłem tego świadom, że mogę gdzieś tam od świata oczekiwać właśnie jakiejś pomocy. Pójść do pedagoga w szkole i powiedzieć jak jest. Czy wtedy, jak mnie ta nauczycielka spytała, to ja ją wyśmiałem: >>Ale o co chodzi? Przecież jest super. Mamusia jest, tatuś jest, pieniądze, obiadki, no to co, nie?<<.*

* * *

System alkoholowy „staje się zamknięty, izolujący od otoczenia ze względu na poczucie wstydu, poczucie winy, zamrożenia uczuć i pozostawania w kręgu iluzji i zaprzeczeń przez samego alkoholika i pozostałych członków rodziny" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kaducáková 2012, s. 54). W konsekwencji, jak sami moi rozmówcy pokreślali, często **nie dostrzegali problemu w rodzinie. Uważali, że tak funkcjonują wszystkie systemy rodzinne, dlatego nie poszukiwali wsparcia osób z zewnątrz. Również środowisko, w którym funkcjonowali (dotyczy to szczególnie małych miast), postrzegało ich rodziny jako te dobrze funkcjonujące i spełniające swoje funkcje**.

Mimo że w okresie dzieciństwa moi rozmówcy często nie odczuwali potrzeby poszukiwania pomocy, to postrzegając okres dzieciństwa i adolescencji z perspektywy osób dorosłych, wskazują, że byłaby ona konieczna, bowiem często doświadczali odrzucenia przez swoich rodziców, a tym samym mieli poczucie, że są nieważni. Konsekwencją owej sytuacji jest to, że aktualnie borykają się z różnymi problemami natury psychospołecznej (Z.

Sobolewska 2000, s. 5). W swoich wypowiedziach dorosłe dzieci alkoholików podkreśliły, że zarówno w okresie dzieciństwa, jak również w okresie adolescencji, najważniejszą rolę, w kontekście **oczekiwanego wsparcia społecznego**, odgrywało **wsparcie emocjonalne, które w ich percepcji miało dać im poczucie bezpieczeństwa, ale również przekonanie, że są jednostkami istotnymi i docenianymi**, ponieważ „niska samoocena, brak poczucia wpływu na swoje życie, słaba umiejętność radzenia sobie w zmiennej sytuacji oraz problemy w relacjach interpersonalnych, to cechy najlepiej charakteryzujące ich funkcjonowanie psychiczne" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 92-93).

Istotną rolę odgrywało również **wsparcie instrumentalne**, które polegałoby na wytłumaczenia bieżącego materiału dydaktycznego i pomocy w odrobieniu lekcji, jak również **wsparcie rzeczowe - finansowe, dzięki któremu sytuacja ekonomiczna w ich rodzinie mogłaby ulec poprawie**.

Wspominając okres adolescencji, moi rozmówcy nieustannie podkreślali potrzebę otrzymania **wsparcia emocjonalnego**, niemniej jednak równie ważna była dla nich **psychoedukacja i wsparcie informacyjne w celu zrozumienia tego, co dzieje się z ich ciałami**. Ci, którzy wskazywali na szczególne trudności we wchodzeniu i utrzymywaniu bliskich relacji intymnych z osobami płci przeciwnej, podkreślali, że w tym okresie rozwojowym **przydatne i ważne byłyby dla nich informacje od rodziców dotyczące tego, jak takie relacje rozpoczynać i kończyć**. Oprócz wsparcia nieinstytucjonalnego, niektóre osoby podkreślały potrzebę interwencji ze strony specjalistów, w szczególności psychologa bądź pedagoga, ale również tych instytucji, które doprowadziłyby do ich odebrania rodzicom i przekazania pod opiekę rodzinie zastępczej.

Jak wynika z wypowiedzi moich rozmówców, **wsparcie oczekiwane nie zawsze było zbieżne ze wsparciem rzeczywiście otrzymanym, bowiem najczęściej osobami, które stanowiły istotną sieć wsparcia społecznego, byli nauczyciele (szczególnie wówczas, gdy moi rozmówcy nie mieli satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami), dalsi członkowie rodziny, koledzy i koleżanki**. Osoby wychowywane w rodzinie alkoholowej często doświadczają poczucia bycia nieważnymi, odrzucanymi, stąd pomoc wyżej wymienionych osób była dla nich istotna, ponieważ ci okazywali im zainteresowanie, bywali wzorem do naśladowania, dawali poczucie bezpieczeństwa, czego nie mieli okazji doznać w środowisku rodzinnym. Sama obecność tych osób, rozmowa o hobby była swego rodzaju czynnikiem ochronnym w ich rozwoju.

W przypadku niektórych osób, oczekiwane wsparcie instytucjonalne bywało udzielane w postaci **spotkań z psychologiem dziecięcym bądź interwencji specjalistów w szpitalu, w**

którym się znaleźli. Jak się okazuje, **indywidualne spotkania ze specjalistą, w percepcji moich rozmówców, nie były efektywne, bowiem ich częstotliwość była zbyt niska, albo nie powodowały zmian w całym systemie rodzinnym, czyli nie obejmowały również pozostałych członków rodziny**. Gdy objawy chorobowe występujące u nich uległy nasileniu, **interwencja w szpitalu okazywała się być jednym z przełomowych momentów w ich życiu, gdzie, dzięki pomocy specjalistów, zrozumieli trudności, z jakimi się borykają i podjęli decyzje dotyczące ich dalszego funkcjonowania (np. wyprowadzki z domu rodzinnego)**.

Istotną kwestią jest również ta dotycząca **(nie)dostępności sieci wsparcia społecznego**. Jak się okazuje, niektórym osobom nie było ono udzielone, bowiem same nie posiadały informacji odnoszących się do tego, gdzie mogą udać się po pomoc albo ta pomoc, np. w postaci psychologa/pedagoga szkolnego, nie była dostępna.

Podsumowując, w okresie dzieciństwa i adolescencji moi rozmówcy oczekiwali przede wszystkim takiej formy wsparcia, która dawałaby im poczucie, że są osobami ważnymi. W dużej mierze liczyli na kontakt ze swoimi rodzicami, na bycie z nimi, rozmowy, wysłuchanie ich. Wskazywali również potrzebę wsparcia instytucjonalnego, które mogłoby im pomóc indywidualnie oraz całemu systemowi rodzinnemu. Oczekiwane wsparcie w odniesieniu do osoby dawcy pomocy nie zawsze bywało zbieżne z rzeczywiście otrzymywaną pomocą. Zdarzało się, że **moim rozmówcom, była udzielana dana forma wsparcia, ale nie od rodziców, a od wujostwa, dziadków, nauczycieli, rówieśników, którzy jdnak okazali się dla nich osobami ważnymi. Ich obecność i postawa pełna życzliwości często pełniła funkcję ochronną w rozwoju zaburzeń zachowania bądź innego spectrum trudności**. Ze względu na niedostępność sieci wsparcia społecznego niektórym moim rozmówcom nie było ono udzielone w danym okresie rozwojowym.

Nieudzielenie pomocy w sytuacjach trudnych może spowodować, że z biegiem czasu pogłębi się ich niskie poczucie własnej wartości, które w życiu dorosłym może utrudniać konstruktywne nawiązywanie i podtrzymywanie relacji interpersonalnych z innymi ludźmi (M. Kucińska 2006, s. 72).

8.2. Dorosłe dzieci alkoholików - aktualne funkcjonowanie

Doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików, wyniesione z domu rodzinnego nie pozostają bez wpływu na dalsze ich funkcjonowanie, bowiem „alkoholizm jest chorobą, która dotyka całej rodziny, a nie tylko osoby pijącej" (K. Zalas 2009, s. 320). Początkowo silnie koncentrowano się na postrzeganiu funkcjonowania tej grupy osób przez pryzmat ich ról. Równocześnie w działaniach pomocowych ograniczając się często do analizy i kompensacji ich deficytów, zapominając przy tym o ich zasobach. Przyjmowano, że „dzieci alkoholików należą niewątpliwie do grupy podwyższonego ryzyka występowania uzależnień, zaburzeń psychicznych oraz przystosowawczych" (K. Gąsior, J. Chodkiewicz 2015, s. 182). Jednak we współczesnej literaturze coraz częściej i intensywniej poruszana jest kwestia związana z odpornością psychiczną dorosłych dzieci alkoholików i korelującymi z nią czynnikami ochronnymi występującymi w ich rozwoju[153]. W konsekwencji, opisując funkcjonowanie tej grupy osób w różnych płaszczyznach ich życia, należy mieć na względzie również ich zasoby, nie tylko trudności, które przejawiają bądź/ i z którymi się borykają.

8.2.1. Samoocena i zasoby dorosłych dzieci alkoholików

Mimo heterogeniczności w funkcjonowaniu dorosłych dzieci alkoholików, istnieją pewne aspekty, które są wspólne dla wielu z nich. Jednym z nich jest **niskie poczucie własnej wartości, „bez względu na to, jak duże są realne kompetencje"** (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 119). **Wspomniane niższe poczucie własnej wartości u tej grupy osób najczęściej intensyfikuje się w kontaktach z innymi ludźmi** (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 119).

Zwróciły na to uwagę moje rozmówczynie Katarzyna i Anita, które opisując siebie równocześnie odnosiły się do doświadczanych trudności w nawiązywaniu bądź funkcjonowaniu w bliskich relacjach intymnych.

[Katarzyna] *Natomiast, na pewno mam problem w kontaktach z mężczyznami. Może mniejszy, niż kiedyś, ale nadal ogromny. Bardzo dużo mnie kosztuje nawiązanie relacji. Bardzo chcę, ale jest to dla mnie ogromnym, potężnym stresem, od którego wolę się czasem bronić. Chodzi o mój wygląd.*

[Anita] *Wygląd najbardziej mi doskwiera. To jest główny element. Nie lubię wyglądu i zazdrości. A ja jestem bardzo zazdrosna o mojego partnera. To jest taki główny element mimo, że ja jemu tego nie pokazuję. I tak, jak mówię, utrzymuję w stu procentach zdrową relację, bo na przykład idzie ze*

[153] Zob. także: Grzegorzewska I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; Borucka A., Ostaszewski K. (2012). *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych* [w:] „*Dziecko Krzywdzone*" nr 3 (40); Junik W. (2012). *Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym* [w:] „*Dziecko Krzywdzone*" nr 3 (40).

znajomymi: >>zrób to, zrób tamto<<, a w środku bulgocze złość i chęć, takie: >>zostań ze mną<<, to mimo wszystko ta zazdrość, wygląd nad którym pracuję, troszeczkę mam też kompleks wzrostu . Mam tylko 155 cm wzrostu. Mój facet ma 190 cm. I on ma 26 lat, więc różnica wieku jakaś też jest. To nie żaden problem, natomiast wzrost ogromnie. Najśmieszniejsze jest to, że bardzo dużo par postrzega: >>ooo, ale przynajmniej masz fajnie, że jesteś niższa od niego<<, nie, bo nie dosięgam nawet na górę.

„**Negatywny obraz siebie wyniesiony z wczesnego dzieciństwa, brak dobrych doświadczeń w bliskich relacjach z ludźmi i deficyt podstawowych umiejętności interpersonalnych, takich jak rozmawianie, nawiązywanie bliskich kontaktów, rozwiązywanie konfliktów czy nieporozumień**" (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 119), często towarzyszą dorosłym dzieciom alkoholików również w okresie dorosłości.

[Piotr] *No na pewno jest dużo do poprawy. (...) Znaczy, pomyśleć o sobie trochę pozytywnie, żeby nie wiem... Swoje jakieś tam trudności, też poradzić sobie z nimi.*

[Konrad] *Jeszcze jestem zamknięty w sobie, to na pewno i ja jestem pewnego rodzaju nieśmiały, i tak dalej, na pewno jeszcze ambitny, ale leniwy, coś takiego pozostało we mnie, parę cech dobrych się rozbudowało we mnie, dużo tych negatywnych obecnie i nadal posiadam i będę starał się je zmniejszać.*

Doświadczanie silnie stresujących, traumatycznych zdarzeń i niemożność ich przeżycia w sposób konstruktywny w domu rodzinnym, może prowadzić do wystąpienia **zespołu depersonalizacji - derealizacji**, który polega na „**przeżywaniu własnej aktywności psychicznej, ciała lub otoczenia jako nierealnych, obcych, zautomatyzowanych, czemu może towarzyszyć chłód emocjonalny, uczucie dziwności i oddzielenia od własnych myśli, ciała lub świata realnego**" (B. Smiatek-Mazgaj i in. 2016, s. 78).

O takim stanie mówiła Ula, która próbując określić siebie, wskazała, że odnosi wrażenie pustki i ma trudność w czuciu się jako integralna jednostka z określonymi cechami charakterologicznymi.

[Ula] *Tylko kurczę, nie mogę z siebie wykrzesać, nie mam takiego poczucia, że tak ja, ja nie mam tego poczucia Ja. Jak mówię o tym, to mówię bardziej o tym, bo ja to widzę, jakbym pisała o sobie książkę. W sensie, że widzę siebie w pracy: >>wow, potrafi porwać dzieciaki, potrafi wymyślić coś oryginalnego, rozmawia z dziećmi na trudne tematy, potrafi zrobić coś nieszablonowego<<. Wbrew temu, co, nie wiem, mówią programy, czy podręczniki, tak? >>Potrafi swoją drogą. To jest po prostu urodzona nauczycielka, tak?<<- Ja potrafię to przeczytać. Natomiast, to jest takie dziwne, że ja nie czuję takiego identyfikowania się samej ze sobą. Dla mnie w ogóle słowo >>Ja<< jest tak mówione z zewnątrz. Ja mówię Ja, a tu* (wskazanie na miejsce na ciele, gdzie znajduje się serce) *mi nic nie drga, wiesz? Czuję się pusta, to Ja jest takie… (…) A ja tak, tak zrobiłam, ale ja nie wiem nawet, jak to opisać, to jest jakby takie… usta to mówią, rozum to wie, ale tu* (wskazanie na miejsce, gdzie znajduje się serce) *się nic nie dzieje. Jest tylko ciało, takie puste. Tak w ogóle, często widzę siebie, jako taką, bez względu na tą*

anoreksję, ale widzę siebie taką sztywną, skóra i kości, w sensie, że nie ma żadnego mięśnia, duszy, takiego życia. Dlatego nie mam poczucia, że jaka jestem teraz i jak wygląda moje życie, nie wiem, że mam męża, że mam dziecko, że mamy mieszkanie, że mamy samochód, że mam prawo jazdy, że potrafię sama pojechać do (nazwa miasta)*, pierwszy raz w życiu, gdzie na przykład moja siostra by się tego bała, a ja mapę i jadę. Ale wcale nie czuję, że to ja robię, tylko że po prostu mi się to zdarza, tak?*

O wspomnianej pustce wewnętrznej wspomniał również Adam.

[Adam] *Też tą pustkę taką widziałem, bo chodzę też na terapię indywidualną i tam babka to we mnie widzi i mówi, że mam strasznie dużo takiej pustki w sobie, jak ona to nazywała, że zgubiłem takie dziecko. Ja mam pytanie, taką ciekawość- A co to jest? Ja ciągle tego szukam i walczę, żeby to w sobie odbudować.*

Mimo trudności, z którymi borykają się dorosłe dzieci alkoholików i wskazania szeregu cech ich osobowości przez nie nieaprobowanych, moi rozmówcy potrafili określić swoje zasoby i ustosunkować się również pozytywnie do swojego aktualnego funkcjonowania.

Zasoby dorosłych dzieci alkoholików

Jedną z podstawowych form pomocy dorosłym dzieciom alkoholików jest terapia, która „**zajmuje się właśnie zmienianiem wyobrażeń pacjenta o sobie i stosunku do siebie, które powstały wskutek krzywdzących relacji z rodzicami lub innymi znaczącymi osobami z dzieciństwa**" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 152).

Moi rozmówcy wskazywali, że **dzięki terapii ich stosunek do samych siebie zmienił się z ciągłej krytyki odnoszącej się do swojego funkcjonowania na akceptowanie i lubienie siebie, zwiększenie samoświadomości oraz skupienie na własnych potrzebach.**

[Adam] *W wyniku tego, że już była ta grupa i też terapia indywidualna, to widzę jednak zmiany, nie wiem. Czasami nazywam to, że z wiekiem jakaś samoświadomość wzrasta, czy taki dystans do pewnych rzeczy, bo widzę, że staram się pewnymi rzeczami po prostu nie przejmować. Staram się zmieniać, bardziej skupić troszeczkę na sobie, ale też, żeby nie popełnić takiego błędu, że jak skupię się za bardzo na sobie, to innych w jakiś sposób będę krzywdził, że moje potrzeby są najważniejsze. Na tym staram się skupić.*

[Krystyna] *Dzięki terapii widzę siebie, jako samodzielną, samowystarczalną kobietę. Co tu dużo ukrywać, nie jestem zachwycona, że mam tyle lat, ile mam, wolałabym być młodsza, ale jeżeli chodzi o sprawność fizyczną, to jestem od kilku lat najbardziej sprawna fizycznie, kiedykolwiek w moim życiu byłam wcześniej. Tu nie mam, co narzekać. Jeśli chodzi o taką pewność siebie, o zadowolenie, to rzeczywiście jest teraz fajny moment. Samoocena. Dystans do siebie, dystans do różnych rzeczy. (...) Już nie muszę nikomu nic udowadniać. Nie mam zamiaru niczego nikomu już udowadniać.*

[Alicja] *Postrzegam siebie, jako osobę, myślę, waleczną, jakkolwiek i jakoś od jakiegoś czasu staram się nie walczyć, ale jednak gdzieś tam, na poziomie jakimś takim bardziej nieświadomym, była to walka. Dzisiaj też postrzegam się jako osobę spokojniejszą. Bardziej jakby dookreśloną tego, czego chcę i*

bardziej potrafiącą o siebie zadbać, bardziej asertywną, ale też, jakby w pewien sposób, niespełnioną. To tak a propos właśnie tego, że >>czy chcesz pozwolić, aby lęk kierował twoim życiem?<<, to w dużym stopniu kierował mną lęk i stąd nie podjęłam wielu rzeczy, wielu wyzwań, bardziej mówię, to jest tak, że jakoś tam zawodowo mogłabym być o niebo dalej i na zupełnie innym poziomie, a nie jestem i tu każde jakieś działanie, w większości, od jakiegoś czasu tak nie jest, ale w większości, to było walczenie samej ze sobą, podejmowania wyzwań, przekraczania granicy, gdzieś tam tego swojego lęku, wiary w siebie.

Istotną pełnią **zasoby indywidualne jednostki, które mogą stać się czynnikami ochronnymi w rozwoju psychopatologii**. „Jak podkreśla się w modelach psychopatologii rozwojowej, dynamiczne wzajemne powiązania między podatnością biologiczną i środowiskową a zasobami wrodzonymi i środowiskiem zaczynają wyznaczać odmienne jakościowo ścieżki rozwoju, które mogą ulec zmianie pod wpływem kolejnych czynników zagrażających lub facylitujących rozwój" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 147).

O ile w okresie dzieciństwa i adolescencji moi rozmówcy mieli większą trudność, by wskazać swoje zasoby, o tyle opisując siebie obecnie przychodziło im to z większą łatwością.

W rodzinie alkoholowej, jak wynika z wypowiedzi badanych osób, „obszary psychologiczne poszczególnych członków rodziny przenikają się, a granice między nimi są chaotyczne i niejasne; wchodzą oni wzajemnie w swoje psychologiczne terytoria: osoby współuzależnione, myśląc, planując, robiąc wiele >>dla kogoś<< i >>za kogoś<< oraz przeżywając intensywnie czyjeś życie zamiast swojego, zaś osoby uzależnione, przyzwalając im na to" (E. Włodarczyk 2016, s. 46). W wyniku częstego przekraczania indywidualnych granic psychologicznych moich rozmówców, w okresie dorosłości duże znaczenie przypisywali nabywaniu **umiejętności bycia asertywnymi w kontaktach z innymi ludźmi, co również traktowali jako swój zasób.**

[Alicja] *Jestem człowiekiem odważnym, umiejącym współpracować i umiejącym postawić granicę też. Też takim, też tam gdzie trzeba, ta asertywność, czasami przełamując kolejny jakiś tam poziom swojego lęku, ale też takim myślę otwartym na ludzi.*

[Krystyna] *Mówię biegle dwoma językami, umiem rozmawiać z ludźmi, umiem nawiązywać kontakty, jak mi na nich zależy, jak mi na nich nie zależy, to* (wulgaryzm odwzorowujący słowo: „nie przejmuję się"), *po prostu. Co mam się wysilać. Czyli umiem ocenić, co jest dla mnie ważne, a co nieważne. I wtedy, jak jest dla mnie ważne, jak mi na tym zależy, to staram się, żeby miało to pozytywny obrót, żeby dobrze się skończyło, czy coś w tym stylu. Umiem, myślę już w większym stopniu, jestem bardziej asertywna, niż byłam wcześniej, na pewno. Może nie tak bardzo, jak bym chciała, ale już jestem na dobrej drodze, żeby to było jeszcze bardziej.*

[Klaudia] *Ja się aż sama zdziwiłam, jak w zeszłym tygodniu, będąc na zwolnieniu lekarskim, będąc naprawdę mega, mega chorą, dostałam kilka maili, kilka wiadomości dziennie, że >>wrzuć na*

Facebooka zdjęcia<<; >>Zrób coś tam<<; >>Uczeń mi się dzisiaj tak źle zachował, co mam z tym zrobić?<< i wywaliłam maila do pracy, że nie życzę sobie zakłócania mi spokoju i że proszę o uszanowanie mojego czasu wolnego. I dla samej siebie było to takie: >>wow<<, że była asertywność, nad czym teraz bardzo pracuję. I jeszcze problem mam z tym, żeby to rzeczywiście była taka dobra, nie taka agresywna asertywność.

Istotność bycia asertywnym w relacjach z innymi ludźmi podkreślił Adam, dla którego ta umiejętność wciąż jest nabywana i czasami trudna do realizacji w codziennych kontaktach z ludźmi.

[Adam] *A to jest czasami nawet na poziomie takich prostych rzeczy i stawiania komuś granicy, że na przykład, nie wiem, ktoś siedzi w pracy i na przykład cały czas gada i nie mogę się skupić. No, to nawet można powiedzieć: >>Wiesz co, sorry, możesz trochę ciszej być, bo muszę popracować?<<. To potrafi nadal trochę problem stanowić. Czasami zdarza mi się wycofać w takich sytuacjach i będę sobie siedział i to na pewno się samo rozwinie.*

Niektórzy rozmówcy wśród swoich zasobów podkreślili obszar związany z **kompetencjami społecznymi, a konkretniej - umiejętnością nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi ludźmi**, które w literaturze przedmiotu często bywają wyodrębniane jako **jeden z indywidualnych czynników ochronnych** (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 67).

[Katarzyna] *Są rzeczy, które w sobie lubię i są rzeczy, których w sobie nie lubię. Ja lubię, wbrew pozorom, swoją gadatliwość. Lubię to, że nie mam problemów w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi.*

[Klaudia] *To jest to, co się cały czas gdzieś tam przewija, co ja w sobie coraz bardziej pielęgnowałam, to są kontakty z innymi ludźmi. Znaczy, ja uwielbiam jakby być z innymi ludźmi i poznawać nowych ludzi, ale staram się też pielęgnować, chociaż to nie zawsze wychodzi przy braku czasu, teraz przy natłoku zajęć i przy dorosłym życiu, ale staram się gdzieś pielęgnować te relacje, które mam. One są dla mnie bardzo ważne. Staram się na tyle, na ile potrafię, być szczera w tych relacjach, nie ściemniać. Staram się też być. Być, dawać i brać, ale jakby też nie tylko dawać, bo wiem, że też mam taką tendencję, no myślę, że właśnie wynikającą z takiej sytuacji a nie innej, że czasami się zagubię w tym, że mam problem też z proszeniem o różne rzeczy, o pomoc, do dzisiaj. I też cały czas nad tym pracuję. Ale te relacje z ludźmi, to chyba jest dla mnie taka najmocniejsza strona moja, cały czas.*

Dla Konrada szczególną rolę odgrywa umiejętność słuchania drugiej osoby oraz **konstruktywnego rozwiązywania konfliktów**.

[Konrad] *Wychodzę z założenia, jestem taką osobą, którą przynajmniej, tak się postrzegam, że potrafię zrozumieć zarówno jedną stronę, jak i drugą. To znaczy, nie wydaję w pewien sposób werdyktu. Wolę wysłuchać obydwu stron, potrafię zrozumieć rację jednej strony i drugiej i bardziej staram się znaleźć dyplomatyczne rozwiązanie jakiegoś problemu, niż reagować gwałtem i tak dalej, wolę reagować przez*

rozmowę, potrafię częściej rozmawiać o swoich uczuciach, to jest dosyć ważne u mnie. Już się z takimi rzeczami nie kryję, więc też ta rozmowa może o tym poświadczyć, nie mam już takiego żalu, jak kiedyś.

Dorosłe dziecko alkoholika, doświadczając w dzieciństwie odrzucenia oraz ucząc się, że należy przede wszystkim troszczyć się o dobro innych ludzi, w życiu dorosłym nierzadko koncentruje się na zaspokajaniu potrzeb innych osób, zapominając przy tym o sobie samym (Z. Sobolewska 2000, s. 13). O ile niekoniecznie jest to konstruktywne dla niego i jego rozwoju, o tyle często bywa pozytywnie odbierane w kontaktach społecznych. Konrad wskazał, że jego mocną stroną jest umiejętność wysłuchania **drugiej osoby i okazywania jej wsparcia, niemniej jednak czasami czuje się przez nią wykorzystywany. Może to świadczyć o tym, że pozwala na przekraczanie własnych granic, zapominając, w kontaktach z ludźmi, o własnych pragnieniach.**

[Konrad] *Jestem dobry w słuchaniu. Na pewno, wydaje mi się, że jestem dobrym przyjacielem, bo staram się pomóc. To też jest jedna cecha, której u siebie nie lubię, która się z tym wiąże, bo często chcę pomóc, staram się pomóc i tak dalej, natomiast czasami mam żal do tej osoby, że na przykład ona się nie odezwie. Czy na przykład nie ma kontaktu już. Ona robi już coś innego, natomiast odezwać się do mnie albo odpowiedzieć na coś, to nie. Więc to jest cecha, z którą chcę walczyć, chcę ją usunąć. Na pewno powinienem bardziej walczyć o swoje zdanie i bardziej je wyrażać, zarówno w konfliktach i w codziennym życiu i nie tylko.*

* * *

„Jednym z podstawowych czynników warunkujących rozwój osobowości jednostki są procesy uspołecznienia i wychowania, w których fundamentalną rolę współczesna nauka przypisuje rodzinie" (A. Jakubik, E. Zegarowicz 1998, s. 78). Rodzina alkoholowa nie jest środowiskiem sprzyjającym rozwojowi pozytywnej samooceny jej członków i wysokiego poczucia własnej wartości, bowiem „alkoholizm osoby uzależnionej staje się punktem odniesienia dla przeżyć, nastawień, zachowań i procesów występujących w rodzinie" (M. Ryś 2011, s. 94). Koncentracja na problemie uzależnienia od alkoholu członka rodziny powoduje, że bardzo często brakuje przestrzeni do poświęcenia należytej uwagi dziecku, jego potrzebom i trudnościom. Prowadzi to do jego emocjonalnego odrzucenia, a „reakcją na odrzucenie przez rodziców jest także poczucie niższej wartości. (…) W konsekwencji przez całe życie wstydzi się samego siebie" (Z. Sobolewska 2000, s. 10).

Zostało to częściowo odzwierciedlone w wypowiedziach moich rozmówców. Część z nich, opisując siebie i swoje aktualne funkcjonowanie, nie miała trudności we wskazaniu własnych zasobów i mówieniu o sobie pozytywnie. Pozostała część osób miała tendencję do wskazywania przede wszystkim tych swoich cech, które, w ich percepcji, wymagają poprawy.

Opisując siebie i swoje cechy charakterologiczne, odwoływali się do ich relacji z innymi ludźmi, w tym z rodzicami oraz osobami bliskimi, tworząc sobie lustro do opisu samych siebie. Jest to dość charakterystyczne dla dorosłych dzieci alkoholików, które **często uzależniają swoje poczucie własnej wartości od jakości relacji z innymi osobami i ich opinii na ich temat, nie mając silnie ugruntowanej samooceny oraz wiedzy dotyczącej tego kim są i czego pragną** (Z. Sobolewska 2000, s. 10).

Niektórzy rozmówcy potrafili bez większych trudności wymienić własne zasoby. Tym, na co szczególnie zwrócili uwagę, jest **asertywność i nauka bycia asertywnymi w relacjach interpersonalnych**, czego wcześniej nie potrafili, ponieważ ich granice psychiczne bywały przekraczane, a oni sami wykorzystywani przez rodziców (E. Włodarczyk 2016, s. 46). W literaturze przedmiotu do jednych z istotnych zasobów indywidualnych zalicza się kompetencje społeczne jednostki (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 67). Niektóre osoby wskazały, na **łatwość nawiązywania i utrzymywania kontaktów interpersonalnych. Postrzegają to jako ich zasób, który chcieliby rozwijać. W tym kontekście wspomnieli również o większej łatwości w aktywnym słuchaniu partnera relacji oraz w rozwiązywaniu pojawiających się konfliktów**.

Mimo doświadczenia wielu bardzo trudnych sytuacji w domu rodzinnym, związanych z uzależnieniem od alkoholu jednego z rodziców, dorosłe dzieci alkoholików, oprócz wskazanych przez siebie wad, potrafiły ustosunkować się także pozytywnie do specyfiki swojego funkcjonowania w życiu społecznym. **Część ich zasobów może pełnić istotną funkcję ochronną w rozwoju różnego rodzaju zaburzeń, które w tej grupie osób występują zdecydowanie częściej**.

8.2.2. Wybrane trudności indywidualne dorosłych dzieci alkoholików

Mimo że **dorosłe dzieci alkoholików stanowią grupę osób heterogeniczną, to z pewnością „należą do grupy podwyższonego ryzyka występowania uzależnień, zaburzeń psychicznych oraz przystosowawczych**" (K. Gąsior 2015, s. 182). Wielu autorów wskazuje na szereg różnorodnych cech charakteryzujących trudności, z jakimi się one borykają. Zofia Sobolewska zwraca szczególną uwagę na aspekt emocjonalny, podkreślając, jak **relacja z rodzicami, oparta na przemocy, odrzuceniu, może rzutować na funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików** (Z. Sobolewska 2000). Z kolei Timmen Cermak oraz Jacques L. Rutzky wyodrębniają kilkanaście „wyraźnie dominujących aspektów ich osobowości" (T. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 20), wskazując przy tym, że nie wszystkie będą właściwe każdej osobie mającej uzależnionego od alkoholu rodzica (T. Cermak, J. Rutzky 1998, s. 20). Część moich rozmówców borykała się z poważniejszymi trudnościami w okresie dorosłości, które

diagnozowane są jako choroba bądź zaburzenie psychiczne, a część z nich wykazywała trudności w sferze funkcjonowania społecznego.

Nieustający smutek - przeobrażenie w depresję

„**Dzieci nazywają to smutkiem, dorośli - depresją. Jest ono częstą reakcją emocjonalną na alkoholizm rodzica i wynikający z niego konflikt rodzinny**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 87). Dość często z chorobą alkoholową współwystępuje depresja (bądź najpierw występuje depresja, a choroba alkoholowa jest wynikiem nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie z nią w postaci intoksykacji chemicznej), która „wykazuje tendencję do występowania rodzinnego" (J. W. Kalat 2012, s. 464). Jak wskazują badacze, zauważa się „**większy odsetek symptomów obniżonego nastroju i zaburzeń depresyjnych u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w porównaniu z dziećmi z rodzin bez problemu alkoholowego" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 174). Istotną rolę odgrywa nie tylko fakt uzależnienia od alkoholu rodzica, ale współwystępowanie także innych zaburzeń psychicznych, co „lepiej wyjaśnia nasilenie depresji u dda niż wpływ alkoholizmu w rodzinie**" (K. Gąsior 2012, s. 34).

Niektórzy rozmówcy, których uzależnieni od alkoholu rodzice mieli zdiagnozowaną depresję, sami także borykali się w życiu dorosłym z tą chorobą.

[Anita] *Ogółem, oboje mamy depresję. To mogę wprost powiedzieć. Oboje mamy depresję, mogę powiedzieć, że coś tam odziedziczyłam po nim.*

[Gosia] *No niestety - ciężką depresję miał. A z roku na rok się pogłębiała. Później stopniowo dołączyły problemy alkoholowe, aczkolwiek, no on nie zaczął pić tak sam z siebie, tylko zaczął pić w towarzystwie. Że tak powiem - źli ludzie go ściągnęli, aczkolwiek nie powiem, nie przystawiali mu do buzi, tylko musiał sam chcieć, tak? Ja też właśnie miewam jakieś takie stany depresyjne.*

Jednym z wielu czynników, który może przyczyniać się do pogłębienia smutku i ewentualnego rozwoju depresji u jednostki[154], jest **odrzucenie rówieśnicze**. Wszyscy moi rozmówcy, u których zdiagnozowano w dorosłości depresję, wspominali w swoich narracjach o braku kontaktu z rówieśnikami we wcześniejszych etapach rozwojowych bądź o tym, że ten kontakt był nieprawidłowy, ponieważ opierał się na ich izolowaniu z grupy kolegów i koleżanek bądź doświadczania w kontakcie z nimi nieprzyjemnych emocji.

Istotną rolę odgrywa również ich **(nie)umiejętność radzenia sobie ze stresem**, którego doświadczali w systemie rodzinnym, jak również w płaszczyźnie trudności edukacyjnych.

[154] Podkreślenia wymaga fakt, że choroba, jaką jest depresja nie jest chorobą jednowymiarową i uwarunkowaną jednoczynnikowo. Odrzucenie rówieśnicze, przy obciążeniu genetycznym i bardzo niesprzyjających warunkach środowiskowych (jak w przypadku moich rówieśników), jest jednym z wielu czynników mogących znacznie przyczynić się do pojawienia się tej choroby w przyszłości (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 94).

Niektóre badania (np. te realizowane przez Agnieszkę Grygorczuk) wskazują, że istnieje związek między „zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych. **Osoby chore częściej preferują styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach w porównaniu z osobami zdrowymi**”[155] (A. Grygorczuk 2008, s. 19).

[Gosia] *Porażki mnie dołowały, jeszcze bardziej miałam takie gorsze dni wtedy, ale oczywiście z żalem leciałam do mamy, mama zawsze mnie uspokajała.*

[Konrad] *Ja chyba dużo płakałem, jak coś nie wychodziło, jak się stresowałem, więc, jeżeli to można nazwać radzeniem sobie*.

Trudności związane z depresją szczególnie mocno pogłębiły się u niektórych badanych **w wyniku doświadczania bliskich relacji intymnych z partnerem i problemów, jakie pojawiły się w ich związkach**.

[Damian] *Wydawało mi się, że już jest dobrze. W grudniu, chyba w zeszłym roku, odstawiłem tabletki, ale okazało się, że jest bardzo źle, totalnie. Miałem akcję z Krzysztofem* (synem rozmówcy)*, że był na mnie zły, że się rozwiodłem z jego mamą i tak dalej. I to mnie strasznie dobiło i nie mogłem się w ogóle pozbierać, chyba przez dwa miesiące. Zacząłem zaraz brać te tabletki znowu, ale to zanim zacznie działać, to tam jakoś musi minąć, jakiś czas, zanim się pojawi ten efekt. Także, no biorę te tabletki i mimo to, gdzieś tam nie czuję się za dobrze. W sumie dawka, jaką mi przepisał lekarz, to była 225 ja biorę 150, właśnie też, żeby trochę ten efekt spania był mniejszy, a po drugie mam w sobie coś takiego, że niechętnie uciekam w leki i nie lubię takiego jakiegoś życia na lekach. Jak trzeba, to trzeba, to biorę. Ale też chcę, jakby wiedzieć, co się jednak ze mną dzieje. No chyba dlatego tak robię. (…) Ja brałem antydepresanty chyba z trzy lata przed rozwodem. Tylko to nie była stricte depresja u mnie zdiagnozowana, tylko te wszystkie jakieś tam problemy mieliśmy. Psychiatra powiedział, że ona nam tam przepisze, bo ta moja żona, to zaczęła wcześniej brać. Ale to też poszło tak, żeby się po prostu lepiej czuć i tam mówiła, że trzeba chodzić na terapię, że to jest tylko takie wiesz, nie leczy, tylko, żeby te trupy z szafy powyciągać*.

Niektórzy moi rozmówcy wskazywali, że borykali/borykają się z chorobą, jaką jest depresja. Pojawienie się depresji w życiu dorosłych dzieci alkoholików często wiąże się z trudnością w konstruktywnym wyrażaniu nieprzyjemnych emocji, radzeniem sobie ze stresem oraz trudnościami w kontaktach interpersonalnych. Należy jednak podkreślić, że „**związek między rodzicielskim alkoholizmem a występowaniem depresji u dda jest złożony, a efekty są zróżnicowane. Składają się na to nie tylko uwarunkowania genetyczne czy współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych u rodziców, ale również**

[155] Takiej zależności jednak nie wykazano w przypadku występowania depresji a innymi stylami radzenia sobie (A. Grygorczuk 2008, s. 19).

historia traum (w tym niezwiązanych z alkoholizmem rodzica) czy osobistego nadużywania alkoholu" (K. Gąsior 2012, s. 33-34).

Używanie środków psychoaktywnych

W literaturze przedmiotu, w odniesieniu do modeli podatności, a konkretniej do złożonych modeli mediacyjnych, zwraca się uwagę na wewnętrzną motywację dorosłych dzieci alkoholików do spożywania alkoholu. „**Wewnętrzna motywacja do sięgania po alkohol oparta jest na wielu różnych powodach. Jeden z nich związany jest ze skłonnością dzieci alkoholików do doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych, a w konsekwencji do częstszego sięgania po alkohol w celu doznania ulgi i >>samouleczenia<<**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 55).

Ula, w radzeniu sobie ze stresem, często dokonuje **intoksykacji chemicznej, co, jak sama wskazuje, pogłębia jej złe samopoczucie.**

[Ula] *Że kupuję to piwo, że mój syn mnie widzi z tym piwem, a mój syn jest typem wrażliwca, który jak usłyszał na biologii o uzależnieniach, to momentalnie się boi, że jak ja piję to piwo, to będę uzależniona. Więc: >>co pijesz? Co pijesz?<<- kontrola. To tym bardziej powoduje, że jest mi głupio. Natomiast mówię, bardzo często mam ochotę i jak wiem, że coś jest w domu, to często sobie to wypiję, dopóki tego nie skończę, przy czym jest to na przykład jeden drink w ciągu dnia, nie piję drugiego, rzadko, może, że nigdy, ale rzadko. Mam zawsze takie oczekiwanie, że poczuję się tak fajnie, lekko, natomiast nigdy mi się to nie udaje. Albo zaczyna mnie boleć głowa, albo opad powiek, nie umiem wyluzować się przy tym alkoholu i mimo, że wiem, że mi to nie wychodzi, to sięgam po następny, jak mi źle. Jak jestem w sklepie, widzę piwo, ciągnie mnie, po prostu, wiem, że mnie ciągnie.*

Inną motywacją do stosowania środków psychoaktywnych przez dorosłe dzieci alkoholików może być potrzeba doświadczania zmienionych stanów świadomości. „**Badania wykazały, że dzieci uzależnionych rodziców są bardziej narażone na sięganie po różne substancje psychoaktywne, w tym narkotyki i alkohol, co może sugerować, że zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych nie są tylko wynikiem specyficznej reakcji na alkohol, ale mają związek ze zmianami w zakresie motywacji i świadomości jednostki. Częściowo potwierdzają to uzyskiwane wyniki badań, że dzieci uzależnionych rodziców wykazują zwiększone nasilenie cechy zwanej poszukiwaniem sensacji i poszukiwaniem nowości**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 55).

W swojej wypowiedzi Krzysztof podkreślił, że zażywał narkotyki, ponieważ „czegoś mu brakowało", gdy przestał uprawiać sport i nie odczuwał już podobnie wysokiego poziomu adrenaliny, pobudzenia.

[Krzysztof] *To już tak trwało troszeczkę, syn mi się urodził, stałem się poważniejszy, partnerka już zauważała, z czym to się wiąże, jak wyglądam, kiedy jestem pod wpływem tych środków pobudzających.*

Ja się nigdy nie zamulałem, w głowie mam coś innego, jakoś byłem zawsze pobudzony i to mi sprawiało przyjemność. Potem przestałem uprawiać sport- adrenaliny, czegoś mi brakowało, Ale też mój tata nagle przestał pić. Wrócił, ale to w mniejszym stopniu. Jakoś nie wiem, czy się bałem o zdrowie, syn? Ale jak syn się urodził, to nie było, u mnie nie było tak, że ja… Nie- stopniowo, stopniowo mniej. Jeszcze się później zdarzyło czasami coś, ale to tylko imprezowo nie, ale też, że nie tędy droga. Teraz sobie przypominam, nie miałem, jeszcze takiej wiedzy. Jak już przesadzałem z tymi środkami, to pamiętam, że z jakiegoś szkolenia wracałem, to były tak zwane zwały, puszczało mnie, potem człowiek się jakoś bardziej interesował.

Osoby mające trudność w radzeniu sobie z sytuacjami generującymi stres i równocześnie wykazujące **zwiększoną wrażliwość na gratyfikujące i wzmacniające skutki działania alkoholu** (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 54), mogą używać tej substancji psychoaktywnej, bowiem „**szczególne właściwości alkoholu zmniejszające niepokój są jedną z głównych przyczyn jego spożycia pod wpływem działania silnego stresu**" (W. Dyr 2005., s. 12). „**Współcześnie, z perspektywy behawioryzmu, picie alkoholu w związku z regulacją afektu negatywnego jest najczęściej traktowane właśnie jako jeden ze sposobów radzenia sobie ze stresem. Natomiast efekt redukcji napięcia (stresu) postrzegany jest jako jedno ze wzmocnień dla kontynuacji picia alkoholu**" (M. Dragan 2016, s. 84).

Katarzyna podkreśliła, że w konsekwencji odczuwania silnego stresu przed odbyciem pierwszego stosunku seksualnego wypiła znaczne ilości alkoholu.

[Katarzyna] *I powiem ci szczerze, byłam zestresowana i pijana, jak straciłam cnotę, ale wszystko pamiętam: było po imprezie- nie żałuję niczego. I cieszę się, bo po cholerę- do widzenia. Ale zresztą, z normalnym człowiekiem, że tak powiem, nie wiem… Traumę miałam potem, chciałam tego nawet po trzeźwemu. Także luz. Natomiast ja miałam dwadzieścia osiem lat.*

Rozmówczyni wskazuje również **zwiększoną wrażliwość na działanie alkoholu i potrzebę zwracania większej uwagi na to, ile i w jaki sposób pije**.

[Katarzyna] *Jeżeli ja wpadnę w alkoholizm, to nie daję gwarancji, czy sobie z tym poradzę. Dlatego, że palę papierosy, jestem od nich uzależniona i mam problem, żeby je odstawić chociaż na chwilę. A to jest przecież, jak obie wiemy, także uzależnienie swego rodzaju. Wiem, że mam jakąś tendencję i nie wiem, czy jakbym wpadła w alkoholizm, to sobie bym z tym poradziła.*

Alicja, podobnie jak Katarzyna, akcentuje istotność zachowania uważności na to, w jaki sposób i w jakich ilościach spożywa alkohol. Podkreśliła bowiem, że **była bliska uzależnieniu od wskazanej substancji psychoaktywnej**. To, co jej pomogło, to paradoksalnie choroba neurologiczna, która się u niej objawiła i dzięki temu nastąpiła interwencja specjalistów z zewnątrz w przestrzeni szpitalnej.

[Alicja] *Myślę sobie, że jakby pojawienie się, czy zakończenie się tych działań chorobą, to też, jakby myślę sobie, że gdyby to się gdzieś tam nie zadziałało, to było duże prawdopodobieństwo, że poszłabym w kierunku kozła ofiarnego i dalej osoby jakiejś tam wiodącej, że tak powiem, schemat alkoholowy.*

Stosowanie używek w **celu redukcji napięcia** podkreślił także, w swojej wypowiedzi, Damian. Rozmówca, mimo, że nie wskazuje, jakoby miał trudności związane z używaniem alkoholu, zaakcentował, że lubi sporadycznie **wypić piwo w celu redukcji napięcia psychofizycznego**. Podobnie jest z używaniem przez niego **papierosów - pali je przede wszystkim w momentach odczuwania silnego stresu**.

[Damian] *Papierosy- jak najbardziej. No, bo jak byłem jeszcze z Krystyną, to były takie momenty, że nie paliłem, ale jak się pokłóciliśmy, czy ona coś głupiego powiedziała, to musiałem iść do sklepu kupić papierosy. Większych, znaczy żadnych problemów z alkoholem nigdy nie miałem, poza kacami. Ale o to nie pytasz, więc... Teraz, to jest tak, że sobie wypiję piwo jedno, dwa przeważnie, jak jestem z Elą. Tak sobie wieczorem otwieramy piwko. I to wszystko. Nie zdarzają się już teraz jakieś okazje towarzyskie, żeby z kimś wypić. Bardzo rzadko. Przez całe to lato, to może dwa razy, że tak wiesz, wypiłem trochę więcej mocniejszego alkoholu w towarzystwie. Ale faktem jest, że czasem chętnie bym się sam napił. Jak jestem, czasem tak mam, że bym się napił, nie wiem, jest coś takiego, co smakuje mi w alkoholu, nie wiem co. (...) I dla samopoczucia, ale myślę o smaku, to chyba jest ze sobą powiązane, żeby właśnie, jak jest wieczorek, telefon nie dzwoni, tak trochę wyluzować, odpocząć.*

Damian podkreśla, że palenie papierosów traktuje jako swego rodzaju **ucieczkę.**

[Damian] *Z jednej strony lubię to robić, ale z drugiej, mam parcie na to, żeby odpoczywać, żeby ciągle jakoś tak uciekać, w obejrzenie jakiegoś filmu, czy kolejnego papierosa. I to tak jest. Widzę tak, przez pryzmat czasu, że to mnie dużo kosztuje, ale dalej nie potrafię nic z tym zrobić. Dalej jest tak, że, to jest... Czuję się trochę tak, jak nałogowiec, bo mam na przykład taką myśl, żeby właśnie sobie wyjść na fajkę, gdzie nawet może pół godziny temu byłem albo nawet krócej czasu byłem, no ale wiesz, wychodzę i potrzebuję tej ucieczki w palenie.*

Rozmówca zaakcentował, że **palenie papierosów, daje tylko chwilowe ukojenie, bowiem po chwili ponownie pojawia się pustka i uczucie osamotnienia**.

[Damian] *Mam taką gierkę na telefonie, sobie ją odpalam i gdzieś uciekam od tego wszystkiego, na chwilę. Papieros się kończy, jest takie uczucie przygnębienia się, pojawia takie, że wiesz, marnuje czas na to wychodzenie. Z kolei jak pomyślę, żeby sobie wyjść: >>A, to tylko tam chwila<<. Także gdzieś tam, ja się tam w tym wszystkim...*

* * *

W związku z tym, że w literaturze przedmiotu szczególne miejsce zajmuje problematyka związana z większym ryzykiem rozwoju zaburzeń u dorosłych dzieci alkoholików oraz trudności, z jakimi się borykają, nie sposób pominąć jej w analizie wyników

badań. Należy przy tym nadmienić, że „mimo nagromadzenia niekorzystnych zdarzeń życiowych, nie wszystkie dzieci alkoholików wykazują objawy psychopatologiczne. Część z nich rozwija się prawidłowo, prowadząc szczęśliwe, pozytywne życie w okresie dorosłości" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 65-66). Trudności, które wyszczególniłam powyżej, dotyczyły tylko wybranych osób.

Dorosłe dzieci alkoholików w dużej mierze ze względu na przestrzeganie zasady związanej z „**zamrożeniem ich uczuć" - „nie czuj", ale także ze względu na trudności w dokonywaniu ekspresji emocjonalnej, mogą borykać się z problemami związanymi z identyfikacją własnych uczuć, ale także innymi, będącymi pochodną ich nieujawniania.** Niektórzy z moich rozmówców wskazywali, że ich uzależniony od alkoholu rodzic chorował na depresję i oni również, będąc osobami dorosłymi, na nią cierpią. Jak podkreślali, jej objawy nasiliły się w momencie nawiązania i podtrzymania bliskich relacji z partnerem. Mimo, że wskazanej choroby nie należy rozpatrywać deterministycznie w relacji: osoba wychowywana w rodzinie alkoholowej - depresja, to szanse na jej wystąpienie są znacznie większe w przypadku tych osób, które dorastały w trudnych i traumatycznych warunkach środowiskowych. Jak wskazywali niektórzy rozmówcy, jej pośrednimi przyczynami są: nieumiejętność radzenia sobie ze stresem oraz pogłębiające się trudności w relacjach intymnych.

Kolejnym obszarem trudności badanych osób, były te związane z **używaniem środków psychoaktywnych**. Ula wskazała, że **dokonuje intoksykacji chemicznej w momencie, gdy doświadcza stresu i ma potrzebę zrelaksowania się**. Podobnie postępuje Damian, który jest uzależniony od tytoniu, którego używa w sytuacjach dla niego trudnych. Może to sugerować mało bogate techniki konstruktywnego radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami.

8.2.3. Trudności w relacjach partnerskich

Okres dorosłości, szczególnie dla dorosłych dzieci alkoholików, jest etapem, „**w którym nabyte przyzwyczajenia, doświadczenia i wyuczone schematy z poprzednich okresów rozwojowych najwidoczniej dają o sobie znać. Jest to zjawisko powszechne, jednak szczególnie uderza w osoby po dramatycznych przejściach w dzieciństwie**" (B. Kałdon 2015, s. 102). Doświadczenia jednostki wyniesione z domu rodzinnego, w którym funkcjonowała osoba uzależniona od alkoholu, często niegatywnie rzutują na jej kontakty interpersonalne, a przede wszystkim na relacje w związkach partnerskich. „**Prawie połowa z Dorosłych Dzieci Alkoholików, którzy zgłaszają się po poradę psychologiczną, nie decyduje się na zalegalizowany związek, a jedna trzecia zawieranych przez nie małżeństw kończy się rozwodem**" (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 116).

Jak wynika z wypowiedzi moich rozmówców, wychowywanie w rodzinie alkoholowej w znacznym stopniu koreluje, bądź korelowało (niektórzy utrzymują aktualnie satysfakcjonujące relacje partnerskie), z ich trudnością w byciu w związkach intymnych.

[Klaudia] *To jest bardzo trudny temat dla mnie, bo ja tak naprawdę nigdy w życiu nie byłam w związku. Nie chcę powiedzieć, że w żadnym, ale w żadnym normalnym. I to jest właśnie też dla mnie, jakby, do przerobienia sprawa, dlaczego to tak wygląda. I ja zauważyłam, że sobie jednak szukam, nie szukam, na pewno nieświadomie, ale gdzieś wybieram sobie do zakochania, o ile to jest prawdziwe zakochanie, facetów, którzy są dla mnie kompletnie niedostępni. A jestem bardzo stała w uczuciach.*

[Krzysztof] *Doświadczenie życiowe- siedemdziesiąt pięć procent było negatywnych. Poważna relacja trwa, trwa, nie wiem, jak się zakończy, jest wszystko ok. Ale to też wiem, z czym to się wiąże.*

[Konrad] *Miałem też problemy w relacjach damsko- męskich, to też zakończyło się paroma takimi koszami, ze strony drugiej, więc szczerze powiedziawszy, było z tym słabo. Obecnie, w tej chwili też z nikim się nie spotykam.*

[Sławek] *Wiesz co, myślę, że jeżeli chodzi o Zuzię, ja w ogóle mam problem z kontaktami z ludźmi, ze znajomościami, żeby poznać kogoś, czy faceta, czy dziewczynę, to mam problem.*

Problematyka związana z relacjami partnerskimi i trudnościami wiążącymi się z ich podejmowaniem i podtrzymywaniem, była dominująca w narracjach moich rozmówców w odniesieniu do przeżywanych przez nich aktualnie trudności. „DDA ma trudności we wszystkich aspektach relacji. Przede wszystkim dlatego, że ma doświadczenie bliskich kontaktów jako walki o przetrwanie lub jako odrzucenia" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 62).

Strach przed odrzuceniem kiedyś i dzisiaj

Jak wskazuje Janet G. Woititz, u dorosłych dzieci alkoholików lęk przed porzuceniem jest bardzo intensywny z powodu trudnych przeżyć z dzieciństwa. Doświadczając niemal permanentnie odrzucenia ze strony swoich rodziców, obawiają się takiego samego potraktowania przez partnera relacji intymnej w życiu dorosłym (J. G. Woititz 2000, s. 34-35).

[Katarzyna] *Mam takie kompleksy, że Jezus Maria, mam się z nim pokazać, że z nim pójdę, a on mi powie: >>sorry Kasia, ale to nie ty<<. Chociaż mam świadomość, że przecież nie ma takiego człowieka, który by się wszystkim podobał, to ja się boję tej krytyki, nie? Boje się tego, że się komuś, że się dowiem, że się nie podobam. Wpadnę w taki dołek i nie wyjdę. (...) Uważam, że moje relacje z mężczyznami są dość trudne, ze względu na to, że ja naprawdę boję się ośmieszenia. No boję się tego,* (wulgaryzm) *i nadal gdzieś we mnie to jest, że boję się odrzucenia i boję się ośmieszenia. Boję się, że ktoś mi naprawdę, powie mi: >>Kasia, ty jesteś taka i taka<<.*

[Ula] *Obawiam się, że dużo będę musiała sama zrobić. Mój rozum mi mówi, że… bo przedtem miałam jeszcze takie blokady, związane z mężem, z moim lękiem przed mężem, że on nie będzie ze mnie zadowolony albo, że zrobię coś źle.*

[Alicja] *Jednocześnie strasznie bałam się bliskości, a jednocześnie zamazywały mi się granice bliskości, czyli taki trochę lęk przed odrzuceniem, a trochę lęk przed wchłonięciem. Tak, jak gdzieś kiedyś przeczytałam, a propos charakterystycznych, takich różnych symptomów dorosłych ludzi z rodzin alkoholowych. No, ale jak sobie przypomnę, to relacje, to one były takie szybko do łóżka. To było takie naturalne, znaczy, to nie było naturalne. Z perspektywy czasu wiem, że to nie było naturalne, ale jakoś tak, to moje widzenie tych związków jednak było takie pokrzywione, wiesz.*

Dorosłe dzieci alkoholików często „**cechuje nieumiejętność radzenia sobie z czyjąś bliskością, brak zaufania do dorosłych (ponieważ nieufność wobec rodziców podlega generalizacji i zostaje przeniesiona na wszystkich dorosłych) oraz nastawienie obronne charakteryzujące się pozostawaniem w stałym pogotowiu emocjonalnym, wyznawaniem filozofii życiowej >>aby przetrwać<< i niechęcią do ryzyka zmian**" (E. Włodarczyk 2016, s. 47-48). Mimo dużego lęku przed bliskością, bardzo owej bliskości potrzebują i dążą do zaspokojenia tej potrzeby: „**wchodząc w bliskie związki, osoby z rodzin alkoholowych, z jednej strony, niezwykle silnie pragną bliskości, która nie została zaspokojona w ich dzieciństwie, z drugiej, panicznie boją się odrzucenia przez bliskie osoby**" (B. Kałdon 2015, s. 102). Zdarza się, że lęk ten jest tak silny, że same prowokują sytuacje, w których bywają odrzucane (np. poprzez kłótnie bądź nieumiejętność wyrażania własnych potrzeb, narastającą z tego względu frustrację w związku).

[Alicja] *Natomiast, ja miałam problem, bardzo duży problem z bliskością. Jednocześnie szybko, jakby gdzieś tam, te granice, nie umiem jakoś tego tak nazwać, ale szybko gdzieś tam te granice jakoś pozwalałam przekraczać.*

[Katarzyna] *Nie spodziewałam się tego po sobie, jestem krótko po rozstaniu, więc mogę powiedzieć, że faktycznie, nie wiem, tak jakbym bała się postawić granicę a później się kłócę. Tak, jakbym się bała powiedzieć, bo ucieknie, bo zwieje, bo da nogę, bo tak, jakbym nie respektowała swoich praw w tym wszystkim.*

„**Jeśli wiążą się z kimś osoby pochodzące z domów pozbawionych więzi rodzinnych, od razu głęboko angażują się emocjonalnie. Wykorzystują okazję do zbudowania więzi i zanim zorientują się, co się dzieje, tkwią w związku po uszy**" (J. G. Woititz 2000, s. 39).

[Klaudia] *Natomiast, ja niestety wpadam bardzo szybko, właśnie, w jakiś taki wir uczuć, bardzo jestem taka emocjonalna, uczuciowa i bardzo jestem, taka właśnie dająca. Różnie dająca, dająca emocjonalnie, dająca jakieś takie, mam wrażenie, że taka jestem, też takie mam informacje zwrotne, że taka bardzo ciepła, bardzo opiekuńcza i to jest to, czego mi kompletnie brakuje.*

Inną obawą związaną ze strachem przed odrzuceniem odczuwanym przez dorosłe dzieci alkoholików jest lęk przed zmianą i samotnością. Jak pisze Janet G. Woititz, kierując swoje słowa do dorosłych dzieci alkoholików, „**inną przyczyną kontynuowania związków, które nie są dla ciebie korzystne, jest to, że boisz się zostać sam. Boisz się samotności i izolacji**" (J. G. Woititz 1992, s. 103).

Z trudnością przed rozstaniem, a tym samym obawą przed zmianą, długo borykały się Anita oraz Katarzyna, które mimo tego, że w swoim związku były nieszczęśliwe, kontynuowały tę relację, dopóki same nie zostały odrzucone.

[Anita] *I pamiętam, że sytuacje były takie, powiedział, że on jednak preferuje mieszkać sam, nawet do końca życia. To ja już miałam takie... Związek właśnie rozpadł się w takiej sytuacji, w której poszedł na koncert i mu wpadła taka jakaś dziewczyna i zakochał się, że w następny dzień po koncercie już zerwaliśmy. Bardzo starałam się, bo nie widziałam sprzeciwu wobec tego, trochę lubował się w paleniu marihuany. Ja byłam całkowicie temu przeciwna, dla mnie to jest… inaczej, ja wiem, że to nie jest krzywdzące i tak dalej, dla mnie po prostu to było takie negatywnie nacechowane i też różne inne narkotyki na imprezach i tym podobne. Dlatego też spowodowało to rozłam w pewnym momencie i dla mnie to już było takie ciągnięcie czegoś, czego tak naprawdę nie było, ale to ciągnęłam, żeby się poczuć, że kogoś tam mam. (…). Na przykład, ciągle boję się o koniec w moim związku, w sensie, że, na przykład, to wszystko nagle się skończy, bo jest mi w nim dobrze. Boję się, że nagle go nie będzie, nie będzie wszystko dobrze, bo zostanę sama, boję się o samotność po prostu.*

[Katarzyna] *Myślę sobie, że to niekoniecznie musiało być jakąś taką metodą, można powiedzieć, ja tak nie chcę żyć. Bałam się po prostu, że to się zakończy i że znowu zostanę sama. Ja sama jestem przez większość swojego życia.*

Zdarza się, że „**dzieci alkoholików mają skłonność do przesadnej lojalności. Świadomie pozostają w związkach, które je niszczą**" (J. G. Woititz 2000, s. 62).

Grażyna zaakcentowała zarówno to, że pozwalała na przekraczanie własnych granic w związku z mężem, jak również to, że utrzymywała z nim relację, mimo że ten otwarcie ją zdradzał z innymi kobietami. Takie postępowanie wiąże się zarówno z nadmierną lojalnością mojej rozmówczyni, jak również z lękiem przed odrzuceniem i samotnością.

[Grażyna] *Chcący, niechcący doszło do tego, że on wymyślił, skoro ja mówię, że on jest zły, to on mi pozwoli się spotykać z innymi. Nawet przekonywał mnie, to tego kilka miesięcy, ja mu płakałam, że ja nie chce. To i tak. Skoro jestem złą żoną, to po pierwsze, to mi zostało od męża, taka kara. Następne, nie będzie się do mnie odzywał, to też jako kara. Albo się przystosuję i będę taka, jak on chce albo nie będę miała ani seksu, ani rozmawiania, ani z innymi o nim, jako o sobie. No i on też mnie jawnie zdradzał. Co on myślał, że głupia jakaś jestem? Że tych smsów i nocnych wyjść nie zauważałam kurna?*

Dorosłe dzieci alkoholików, bojąc się odrzucenia i powielając zinternalizowane schematy postępowania z dzieciństwa, w związkach intymnych często przedkładają potrzeby partnera nad swoje, bywają też nadmiernie zazdrosne i nadkontrolujące.

Zaspokajanie potrzeb partnera, zazdrość i nadkontrola

Dorosłe dzieci alkoholików nauczyły się, że w relacjach interpersonalnych dominuje chaos i nieprzewidywalność zachowań najbliższych osób. W konsekwencji „**kontrola nad własnym postępowaniem jest dla dzieci alkoholików niezwykle istotną kwestią, głównie dlatego, że są one stale świadkami bezowocnych zmagań jednego lub obydwojga rodziców o utrzymanie kontroli i możliwości kierowania swoim własnym życiem**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 102). Oprócz prób nadmiernej kontroli własnego postępowania, dorosłe dzieci alkoholików przejawiają szereg różnorodnych obaw: „przed utratą kontroli, przed stratą, przed pozytywnymi oczekiwaniami oraz przed utratą własnego >>ja<< w bliskich związkach uczuciowych" (E. Włodarczyk 2016, s. 55). W rezultacie doświadczania nieprzyjemnych emocji związanych z wyżej wyróżnionymi obawami, „**starają się wszystko kontrolować, sądząc, że dzięki temu unikną zranień i problemów; wszelkie nagłe, niekontrolowane zmiany wywołują u nich lęk, dlatego też ciężko im w dorosłym życiu znaleźć lepszą pracę lub rozstać się z osobą, z którą nie chcą już być**" (B. Kałdon 2015, s. 100). Mają więc trudności w respektowaniu własnych i czyiś granic oraz w dbaniu o autonomię w związku.

[Krystyna] *Byłam ograniczona. Ale nie wiem, czy mój były mąż mnie ograniczał. Czy ja sama. Czy to było dwustronne. Tak akurat się dopasowaliśmy, że on był gdzieś tam na tyle zaborczy a ja się tak wpasowałam, że może tak mi właśnie pasowało, że sama sobie też takie coś narzuciłam, że jak już jestem żoną i matką, to już jestem żoną i matką.*

[Krzysztof] *Generalnie początek: oh, ah, super! O wszystko się człowiek zabiega, a wcześniej się psuło, jak bliżej się mieszkało, bliżej poznało, to wtedy się psuło, bo wychodziły takie codzienne sprawy, no, że ja jestem taki pedant, że się czepiam. Teraz już mówię o swoich doświadczeniach, nie? Że musi być porządek, że musi być to, że musi być tak i siak i taka kontrolka wjeżdżała z mojej strony. Kobieta jednak troszeczkę inaczej i się psuło. (...) A ja, to jestem taki zero- jedynkowy. Mówię, że przyjdę za piętnaście, to przyjdę za piętnaście i to mi się nie podobało. Kłótnie i ciągle to samo: >>zawsze mi ściemniasz, mówisz, że wrócisz- nie wracasz o tej porze, to tamto<< i wszystko narastało.*

Dorosłe dzieci alkoholików są nauczone, w wyniku relacji z rodzicami, że najważniejsze są ich (rodziców) potrzeby, wobec tego muszą funkcjonować tak, by je zaspokoić. W relacjach intymnych skutkuje „**nadmiernym staraniem się o zaspokajanie potrzeb i oczekiwań innych - kosztem zaniedbywania siebie- pragnienie uniknięcia niezadowolenia innych"** (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 71). Współwystępuje przy tym

poczucie winy, gdy osoba pochodząca z rodziny alkoholowej chce zrobić coś dla siebie samej a nie dla partnera.

[Ula] *Tak, jak na początku nie miałam z nim dużych trudności, tak do dziś jesteśmy ze sobą trzynaście lat małżeństwem, od piętnastu lat razem, nigdy jeszcze nie przeżyłam orgazmu i w tym momencie jestem na takim etapie, że jest to moim dużym problemem. I borykam się z tym, jakby tematem - nienawidzę tego. To znaczy, nienawidzę tego, kiedy mąż chce mnie dotknąć. Jeżeli już decyduję się na zgodę, to z takim poczuciem, że wytrzymam jakoś, tak? Takie naprawdę mam odczucia, że wytrzymuję to. To dotyczy jakby tak tych bardzo intymnych stosunków.*

[Gosia] *To znaczy, to było do wytrzymania, do pewnego momentu, do punktu, gdzie wybuchałam, natomiast nigdy nie było mi z tym dobrze. Ja to ciągle widziałam w sobie, że nie zadowalam go.*

Niskie poczucie własnej wartości i lęk przed zdemaskowaniem

Dorosłe dzieci alkoholików, z powodu niskiego poczucia własnej wartości, **mają „tendencje do poniżania i dewaluowania siebie, do reagowania na siebie złością bądź przygnębieniem i wstydem oraz tendencje behawioralne do niedbania o siebie, unikania sytuacji, w których trzeba rywalizować z innymi, czy do unikania atrakcyjnych osób: >>Nie będę próbował, bo i tak do niczego się nie nadaję<<**" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 38). W konsekwencji, w relacjach intymnych, bardzo często boją się, „**że gdyby kochane przez nie osoby dowiedziały się, jakie są naprawdę, nie chciałyby mieć z nimi nic do czynienia**" (J. G. Woititz 2000, s. 33).

Konrad wyraził obawę przed nawiązywaniem bliższych znajomości ze względu na lęk przed tym, że nie będzie dla drugiej osoby wystarczająco atrakcyjny.

[Konrad] *Już dłuższy, dłuższy czas z nikim nie byłem. Przez dłuższy czas, tak naprawdę okres studiów, po studiach, no borykałem się z pewnego rodzaju problemami, natury różnej: kontaktowej, nie widziałem się za osobę interesującą, nie widziałem się za osobę, w ogóle zdolną. (...) Ciężko mi, jakby to powiedzieć, wykazać te dobre cechy z mojej strony, bez zbyt wielkiego narcyzmu, że tak powiem. Nie wiem, czy do końca rozumiesz.*

Bywa, że dorosłe dzieci alkoholików przyzwalają na złe traktowanie w związkach intymnych. Często osoba wychowywana w rodzinie alkoholowej „**wierzy, że zasługuje na złe traktowanie i nie ma prawa się bronić, >>bo taki już jej los<<. Ma tendencję do brania na siebie odpowiedzialności za krzywdzące zachowania i obwiniania siebie za niedostateczne starania, by ułagodzić osobę krzywdzącą, oraz do reagowania lękiem przed odrzuceniem. (…) Odczuwa przymus poddawania się osobie krzywdzącej, nie broni się i z pokorą przyjmuje złe traktowanie**" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 71).

Grażyna opisując swoją relację z byłym mężem, zobrazowała, jak pozwalała, by ten **stosował wobec niej przemoc fizyczną oraz psychiczną**.

[Grażyna] *Kilka razy, jak on to nazwał, zasłużyłam sobie, żeby rzucić kluczykami we mnie, żeby, on coś tam w kuchni robił i ja w kuchni byłam, to oberwałam tym, co się naleśniki przewraca i Anastazja* (córka)*, to widziała i normalnie tak stała i tego, to w życiu nie zapomnę. Po czym oczy miała takie, w takim szoku była: >>Co się tu* (wulgaryzm) *dzieje?<<. Jej tylko powiedziałam, że to nie jest jej wina, że to jej nie dotyczy, ale efekty tego na pewno późniejsze będą. Nie wątpię w to. No, ale... On prowokował wojny, kłótnie, o byle co, żeby tylko, żeby były. Nie może być spokojnie, bo musi być albo cicho i w ogóle nie będzie ze mną rozmawiał, rzeczy okropne mówił tylko po to, żebym przestała z nim rozmawiać, więc w końcu przestałam w ogóle. No i tylko tłumaczyłam Anastazji, że to, że tata ma problemy, to nie jest nasza wina, ale zanim otwarłam oczy na to, Anastazja nie raz słuchała kłótni.*

Zdarza się, że dorosłe dzieci alkoholików „**zaniedbują swoje potrzeby, nie liczą się z własnymi uczuciami i rezygnują z wyzwań i zadań, które mogłyby im przynieść korzyść**" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 68).

Klaudia podkreśliła, że zazwyczaj bywa tak zaangażowana w nową relację z mężczyzną, że zapomina o swoich potrzebach bądź je unieważnia na rzecz zaspokajania potrzeb partnera.

[Klaudia] *W relacjach z facetami, że to zawsze właśnie ja jakoś się opiekowałam nimi, w jakiś sposób, że wiesz obiadek, wiesz, w ogóle tutaj kocyczek: >>A co potrzebujesz? A to tego. A chcesz iść? A to idź. A zrób coś. A to wiesz…<< W ogóle taka... Potrzeby są jego na pierwszym miejscu, myślę podświadomie jednak.*

Dorosłe dzieci alkoholików oprócz umniejszania ważności swoich pragnień, mają także trudność w ich identyfikacji. Jeżeli jednak nauczą się je rozpoznawać, to często nie potrafią w sposób konstruktywny ich zakomunikować.

Trudności z komunikacją w związku

Dzieci uczą się tego, w jaki sposób przebiega komunikacja na bazie obserwacji bliskich im osób, a przede wszystkim rodziców, ponieważ „jednym z mechanizmów nabywania zachowań jest uczenie się poprzez obserwację i naśladownictwo" (B. Płaczkiewicz 2016, s. 129). Sposób komunikacji w rodzinie pochodzenia pełni bardzo istotną funkcję w rozwoju dziecka, bowiem wpływa „na przyszłe związki partnerskie dzieci, na komunikację i obawy występujące u dzieci, na umiejętności samokontroli społecznej, a także na zachowania wynikające z braków społecznych u dzieci, na tworzenie rodzinnych zwyczajów i nawyków funkcjonujących w rodzinie" (E. Janigová, Z. Ferenčiková 2016, s. 43). W rodzinach, w których zaspokajane są potrzeby dzieci, ich członkowie realizują przypisane im funkcje, występuje również „prawidłowy przebieg procesów komunikacyjnych bazujących na jasnej, otwartej komunikacji między (dorosłymi zwłaszcza) członkami rodziny" (B. Harwas-Napierała 2006, s. 221). Jednak **w rodzinach alkoholowych często „brak jest szczerej i otwartej komunikacji**

w zakresie aktualnie przeżywanych problemów i trudności, w konsekwencji czego dochodzi u jej członków do poważnego zniekształcenia rzeczywistości" (P. Brudek 2010, s. 318).

Jak podkreślili moi rozmówcy, w swoich związkach miewali duże trudności w konstruktywnej komunikacji.

[Konrad] *To znaczy, też ktoś mi kiedyś zwrócił uwagę, że będąc w towarzystwie, jest taka bardzo cienka linia przed byciem cichym i tą osobą, której nikt nie zauważy i z tego powodu nikt się tobą nie zainteresuje, a będąc osobą zbyt głośną, kiedy będziesz po prostu aż za bardzo. No, ciężko to rozgraniczyć, no ja mam trochę taki problem. Zależy... Czasami jestem za cicho i mam problemy z przedstawieniem, to właśnie raczej z tej strony, przedstawieniem siebie i tak dalej, brakiem zwrócenia uwagi, ja tu jestem i tak dalej, a czasami jestem po prostu za bardzo. (...) Mam problem w dobrym przedstawieniu się, z nawiązaniem rozmowy, zainteresowaniem drugiej osoby sobą, z utrzymaniem tego kontaktu, że też ta druga osoba widzi, jak ktoś się denerwuje, że unikam spojrzeń i spotkań i tak dalej, z tym też miałem problem. Ja też nie, że chcę jakoś powiedzieć, że posiadam taką umiejętność, raczej dobrze czytam w ludziach i jak widzę osobę trzecią, jestem w stanie określić, czy ona jest zainteresowana jakimś tematem, czy nie i to też często widziałem. Więc może z tym też był problem.*

W rodzinie alkoholowej jej członkowie dość często kłócą się ze sobą, zamiast rozmawiać i wyjaśniać zaistniałe trudności. „**Lecz desperacja, awantura, epitety i pełne pretensji zarzuty, chociaż pozwalają upuścić wiele z wewnętrznego napięcia, nie są rozmową**" (W. Sztander 2006, s. 12). Dlatego osoby dorosłe pochodzące z takiej rodziny mogą obawiać się wyjaśniania problematycznych kwestii z obawy przed kłótnią.

Taką trudność w relacji z partnerką zaakcentował Adam. Mimo to wskazał, że aktualnie z większą łatwością potrafi podejmować rozmowy na tematy trudne, co prawdopodobnie wynika z zakończenia przez niego kilku procesów terapeutycznych.

[Adam] *Boję się konfliktu. To wzrasta do takich rozmiarów, że jakby, nie wiem, zaraz miał mnie tutaj zaszlachtować, że to znowu się skończy tym końcem świata. Jednak też teraz bardziej chyba wiem, jak rozmawiać z moją partnerką.*

Zasada „nie mów" bywa **silnie przestrzegana nawet wówczas, gdy nie jest to wymagane, czyli w dorosłym życiu osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej**. Moi rozmówcy podkreślili, że nauczyli się ją łamać dopiero, gdy ukończyli własną terapię.

[Adam] *Uczę się o nich rozmawiać, na przykład, nie wiem, mówiąc, że załóżmy mam ciche dni z partnerką no, bo coś tam. To raczej. To jest kurczę niesamowicie trudne, ale myślę, że to jest też wynik jakiejś terapii, że zdaję sobie sprawę, że lepiej o tym powiedzieć, przegadać to, niż dusić, na przykład. Że staram się mniej dusić takie rzeczy w sobie, bo to mi nic dobrego nie daje. (...) Wcześniej, to raczej jakieś takie wszystkie rzeczy gdzieś cisnąłem w środku.*

[Konrad] *Raczej się peszę, ale raczej, ciężko jest mi w tej chwili o tym powiedzieć. Ostatni czas jest takim nowym powiewem bryzy na moim jachcie, w moim życiu, czy jakoś inaczej określić, dzięki terapii, więc zobaczymy, gdzie ten statek dopłynie, natomiast wydaje mi się, że zmierza w dobrym kierunku. I w tym aspekcie też.*

Krystyna wskazała, że **w jej związku występowała trudność w mówieniu i rozmawianiu o ważnych kwestiach związanych z rodziną i jej samopoczuciem. Podkreśliła, że nie potrafiła mówić o sobie, o swoich oczekiwaniach i uczuciach**. Ich komunikacja **była powierzchowna i daleka, a brak informacji zwrotnych o tym, co przeżywają, spowodował, że oddalili się od siebie, a w konsekwencji rozstali.**

[Krystyna] *A wcześniej, to rzadko się kłóciliśmy, nie było raczej kłótni, wyzwisk nie było. Ale nie umiałam rozmawiać o emocjach, nie umiałam rozmawiać o uczuciach, nie umiałam rozmawiać o oczekiwaniach generalnie. (...) To takie rzeczowo - organizacyjne sprawy. Tak powierzchownie, to umieliśmy gadać, ale nie umieliśmy mówić o sobie, o nas, o tym, co się między nami dzieje. Także w pewnym momencie zaczęliśmy się rozmijać, wymijać i to się przez to zaczęło rozpadać.*

O trudnościach w **otwartym komunikowaniu swoich potrzeb oraz uczuć w relacji z mężem (on również), wspomniała także Ula. Rozmówczyni podkreśliła, że prowadzi to do kłótni w ich związku**.

[Ula] *Na przykład zbieranie liści do zielnika. Naszemu synowi, miał z nim iść w weekend, ale nie wyszedł i potem był dzień pracy i on nie mógł wyjść, bo pracował, więc ja musiałam wyjść. Kończyło się straszną kłótnią, to znaczy, ja się poczułam taka przyciśnięta, ale jeżeli już dochodzi do takiego podnoszenia głosu, to mój syn jest jednym wielkim przerażeniem, to znaczy nie jest do tego w ogóle przyzwyczajony. Bo mówię, to się dzieje tak rzadko i naprawdę musi być taki zapalnik, po prostu czegoś, co się zbierało, bo i mój mąż się zamyka, ewentualnie za dwa trzy dni mi powie, co mu się nie podobało, No i ja mam podobnie.*

Badana zaakcentowała również, **problemy komunikacyjne z mężem stanowiły jedną z głównych przyczyn pogłębiającego się u niej stanu przygnębienia**.

[Ula] *I mój mąż i ja jesteśmy osobami, które cisną w sobie i dlatego, to się u mnie tak zaczęło pogłębiać, ten stan przygnębienia. Więc, jeżeli już dochodzi do wymiany zdań głośnej, bo dochodzi czasami, kiedy ja po prostu czuję się na przykład naciskana na coś, kiedy mam poczucie, że mnie w coś wrobił, podczas gdy sam mógł to zrobić wcześniej, ale teraz on jest tak zajęty, że on nie może i ja muszę to zrobić.*

8.2.4. Powielanie schematów relacji z rodzicami przez dorosłe dzieci alkoholików

Jak podkreśla M. Ryś: „ważną potrzebą dziecka jest potrzeba kontaktu. Jeśli pierwsze doświadczenia dziecka w kontaktach z osobami znaczącymi będą źródłem pozytywnych emocji, dziecko będzie dążyć do ich utrzymania. Jeśli relacje te staną się źródłem negatywnych przeżyć, inne kontakty będą wzbudzały lęk i poczucie zagrożenia. Zatem pierwsze kontakty

rodzinne decydują o odniesieniach interpersonalnych w dalszym życiu człowieka" (M. Ryś 2007, s. 79). O powielaniu schematów funkcjonowania w relacji z rodzicami, z okresu dzieciństwa na relacje interpersonalne z innymi ludźmi w okresie dorosłości wskazywał również Zygmunt Freud, pisząc o tzw. **przymusie powtarzania**. „Według niego to, co nam się przydarzyło w przeszłości, mimowolnie przenosimy w teraźniejszość. Zachowujemy się i reagujemy tak, jak kiedyś wobec ważnych dla nas osób. Tylko że kiedyś byliśmy ofiarą, a teraz aktywnie, choć nieświadomie, powtarzamy dawne doświadczenia, sami prowokując przykre zdarzenia. (…) To dlatego w przypadku niektórych osób każdy kolejny związek przebiega i kończy się tak samo. Znów spotyka je opuszczenie, zdrada, nadużycie. Chcą za wszelką cenę uniknąć tego, czego najbardziej się obawiają i czego już doświadczyły w dzieciństwie, na przykład od ojca. Przymus powtarzania może ujawnić się już na etapie wyboru partnera – bojąc się opuszczenia, wybieram partnera, który lęka się zaangażowania i wcześniej czy później odejdzie. Albo z lęku przed opuszczeniem tak kontroluję partnera, usidlam go i wiążę, że w końcu ma dość i uwalnia się. Za przymusem powtarzania kryje się bezwiedna nadzieja, że to, co nas zraniło w przeszłości, tym razem uda nam się oswoić" (P. Żak, M. Brzezińska 2012, s. 18-19).

Grażyna, w swojej narracji, wskazała, jak **duży wpływ na jej funkcjonowanie z mężem miała relacja z despotycznym oraz nadmiernie religijnym ojcem, który uważał, że miejsce kobiety jest przy mężu, a jej obowiązkiem spełnianie wszelkich oczekiwań**.

[Grażyna] *Tylko ja się w to dałam wciągnąć i jak on chciał mnie wytresować, to mu się to udało. Bo tata w domu uczył zawsze i wychowywał, że dziewczyna, kobieta, żona zawsze ma słuchać faceta, bo jak nie, to sobie znajdzie inną. Jak w łóżku kobieta, żona, nie będzie dobra, to on sobie pójdzie i znajdzie inną. Ja to wiedziałam z domu.*

Grażyna podkreśliła, że **powieliła w relacji ze swoim mężem schemat funkcjonowania ze swoim uzależnionym od alkoholu ojcem**.

[Grażyna] *On* (mąż) *zaczął mnie wychowywać. Jak ja zaczęłam otwierać oczy, co on robi, bo to się zaczęło, jak się dziecko urodziło, zaczął ewidentnie na głos mówić: >>jakbyś mnie słuchała, to byśmy się nie kłócili<<. A jak ja mu mówię, że to, co ty chcesz zrobić w domu, to jest chore, to nie jest normalne i nie będzie tak. To on normalnie do psychiatry, to mnie wysyłał pewnie, no nie wiem, bardzo dużo razy. Ile razy ja mu nawet książki pokazywałam: >>Ty masz to, to i to<<, jak są nie wiem, diagnoza, na przykład, depresji, testy na depresje, cokolwiek. Ja mówię: >>wszystko masz, patrz, jak ty się zachowujesz, robisz specjalnie kłótnie<<. A coś ty. I się sypało- zawsze. On jest zdrowy, to ja muszę iść, ogólnie dla dobra córki, to ja w ogóle powinnam siedzieć w psychiatryku zamkniętym i nie zajmować się dzieckiem, bo krzywdę jej zrobię. Nawet to potrafił powiedzieć. A to, że on się w domu chciał przy dziecku zabić, tego nie ma, coś ty. On nas chciał tylko uwolnić. Boże chłopie... Dobra idź. (...) Tak, tak,*

tak, tak, tak. Przy tatusiu też miałam być grzeczną dziewczynką albo jestem złą córką. No, niestety. Ale (wulgaryzm). *Jak się żyje i się to widzi i się żyje w tym, ale jak się powie to na głos, to już nie jest to samo. Ciekawe, nie? Z domu byłam wychowana, żeby być posłuszną córeczką, w domu oglądałam, że mama ma być posłuszna albo jest ta zła, albo nie umie tego, albo nie umie tamtego i mama też słuchała od taty, że ona kawy nie umie zrobić, że nie umie gotować. Jak się obudziłam, że ja słyszę w domu to samo, to latami, latami, latami tak zabijał, zabijał, zabijał wszystko po kolei. Cokolwiek, co można pozytywnego w człowieku widzieć. W końcu do tego doszło, że stwierdziłam, ale on ma rację, może jak ja się zabiję i wjadę autem, na przykład, w skały, które są koło drogi, jak akurat jechałam autem z pracy, to se pomyślałam, może i będzie lepiej. Może rzeczywiście on ma rację? Wtedy dostałam takiego kopa, tak sama siebie wyzwałam, o czym ja kurde myślę. Jezu. Co jest? Co się dzieje? Normalnie, to było, to było moje dno, od którego się odbiłam i nie mam zamiaru się zatrzymać na tym, co jest dzisiaj. (...)Tu będzie zaraz samosąd, że zaraz kogoś tutaj zarżnę nożem i obudziłam się z ręką w nocniku, że ja mam, kurde, takiego samego faceta, jak mój tata, normalnie i nie wiem, kiedy do tego doszło.*

Ula dostrzegała w swoim mężu **uzależnionego od alkoholu ojca, w konsekwencji odtwarzała przy nim schematy zachowania zinternalizowane w okresie dzieciństwa, które były efektywne w jej relacji z uzależnionym rodzicem, ale okazały się nieefektywne w relacji z mężem**.

[Ula] *To wszystko jest w moim postrzeganiu sytuacji. Tak na przykład, jak mąż, mój mąż nie krytykował mnie, tak naprawdę nigdy, on nie oczekiwał, że ja go będę obsługiwała, a ja sama to sobie narzucałam. Wtedy widziałam w nim ojca. Nawet był taki moment, że mąż mi powiedział, że: >>ja nie jestem twoim ojcem<<. Więc on to musiał bardzo odczuwać. I chyba w tej relacji najbardziej. Tak, jak mówiłam, że nauczyłam się zostawiać w zlewie naczynia, że już to umiem, że nie mam problemów z tym, że jak widzę, że mój mąż zmywa, a nie ja. Kiedyś to było nie do pomyślenia, że to on może zmyć. Czyli, tak jak kiedyś była to bardzo mocna samokontrola we mnie, tak teraz, to już jest na takim dosyć fajnym poziomie, że ja mogę poczuć jakąś wolność. I nie mówię, czy mogę wyjść, tylko mówię- wychodzę.*

Każda relacja nacechowana jest określonymi emocjami, które jej towarzyszą. W rodzinie alkoholowej, **będąc w interakcji z bardzo często nieprzewidywalnym w swych poczynaniach uzależnionym ojcem, odczuwany jest strach, który może być powielany w bliskich relacjach córki ze swoim przyszłym partnerem**.

Krystyna wskazała, że uczucie strachu było tym, co towarzyszyło jej w relacji z mężem. **Nie mając innego wzoru relacji damsko - męskich oprócz tych, jakie obserwowała pomiędzy swoimi rodzicami, uważała, że jej sposób funkcjonowania z mężem jest prawidłowy - taki, jaki utrzymują także pozostałe małżeństwa**.

[Krystyna] *Ja byłam przestraszona cały czas. Może nie był to jakiś stres, czy coś, czasami był stres, czasami to był stres, jak się wracało do domu ze szkoły i nie wiadomo, co będzie w chacie, tak samo teraz czasami wracałam do domu i też nie wiedziałam, co będzie z mężem. A jak wróciłam za późno z*

pracy, to było: >>A co tak długo w pracy robiłaś?<<. Pracowałam. Takie niezadowolenie było częste. (…) Uznałam to za oczywiste, że tak musi być, że tak ma być, że to jest naturalne, że, jakby te relacje tak wyglądają, jak wyglądają, to takie jest normalne. Trochę na pewno to klisza z domu wyniesiona.

Relacja córki z ojcem, jak również relacja syna z matką, odgrywają istotną rolę w nawiązywaniu bliskich relacji intymnych w przyszłości. „**Dla syna matka pozostanie dodatkowo wzorem kobiecości i prototypem relacji ze wszystkimi innymi kobietami, które spotka**" (J. Jagieła 2007, s. 48).

Ważność **wpływu relacji ze swoją matką na jakość i sposób utrzymywania relacji ze swoją partnerką w okresie dorosłości** podkreślił Krzysztof.

[Krzysztof] *I na tej terapii, to ja dopiero się zorientowałem, że ja wymagałem tego od mojej partnerki, żeby była taka, jak moja mama. To wyszło. (…) Ja raczej wymagałem, że jeżeli moja mama sobie radziła z dwójką dzieci i ojcem alkoholikiem, to dlaczego ona, z jednym dzieckiem i z partnerem, nie daje rady. I to tak wyszło. I faktycznie, tak było i nic z tego nie wyszło, tak naprawdę. Partnerka stwierdziła, że nie chce tego ratować i tak to się stało.*

Adam podkreślił, że jego **rodzina nie dała mu prawidłowego przykładu funkcjonowania w związkach intymnych**. Wiedzę na temat tego, jak być blisko, uzyskiwał z bajek bądź filmów.

[Adam] *Bo nikt mnie tam nigdy… Ja tego nie widziałem w domu, nie dostałem przykładu. Dostałem go tylko w jakiś filmach albo czymś takim. A później, no nie wiem, tam tego nie było. No, to po części też tego później nie mam w sobie.*

Wskazał przy tym, że **brak wzorca kobiety w domu wpłynął pozytywnie na jego zorganizowanie oraz porządność**.

[Adam] *Myślę, że paradoksalnie to, że nie było tej kobiety, nie miałem też sióstr, czyli było nas trzech braci, zajmowaliśmy się tymi wszystkimi rzeczami, które, nie wiem, czasami komuś się wydaje, że powinna kobieta robić. To powoduje, że teraz jestem, jest mi łatwiej w związku, na przykład, jestem łatwiejszy w pożyciu, można tak powiedzieć, że nie potrzeba po mnie, jak po moim ojcu, zbierać skarpetek i wycierać stolika. Tutaj jestem akurat łatwy w obsłudze.*

* * *

Każda rodzina, rodzaj interakcji pomiędzy jej członkami, sposób komunikowania się ze sobą, ich dostępność emocjonalna odgrywają niebagatelną rolę w rozwoju umiejętności interpersonalnych jej wychowanków i wpływają na jakość relacji w związkach partnerskich w dorosłym życiu. Wielu autorów wskazuje przy tym na mozaikę problemów, z którymi borykają się dorosłe dzieci alkoholików w związkach partnerskich, które równocześnie stanowią wypadkową doświadczanych w dzieciństwie i adolescencji trudności i mają niebagatelny wpływ na jakość tworzonych przez nich związków i (nie)zadowolenie z nich.

„Niskie poczucie własnej wartości jest także przyczyną obaw przed zdemaskowaniem własnej >>nieatrakcyjności<< w związku. Lękom tym towarzyszy przekonanie, że gdyby partnerzy DDA dowiedzieli się, jacy są naprawdę, to nie chcieliby mieć z nimi nic wspólnego" (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 120). Moi rozmówcy szczególnie mocno podkreślali związek pomiędzy ich niskim poczuciem własnej wartości z niemożnością poznania partnera i wejścia z nim w relację, szczególnie zbliżenia emocjonalnego do osoby płci przeciwnej. Generuje to w nich lęk przed bliskością, który utrudnia nawiązanie i podtrzymanie satysfakcjonującej relacji intymnej.

Kolejnym istotnym aspektem w relacjach intymnych moich rozmówców był ten, związany z obawą przed odrzuceniem przez bliską im osobę. Powodowało to, że starali się nadmiernie opiekować swoim partnerem, zaspokając wyłącznie jego potrzeby, a „**wiele osób wychowywanych w rodzinach dysfunkcyjnych cechuje wyższy od przeciętnego poziom empatii**" (L. Bobkowicz- Lewartowska 2013, s. 120). **Konsekwencją takiego postępowania było niedbanie o własną autonomię i potrzeby, ale nierzadko również o autonomię partnera i jego wycofanie z relacji**.

Dorosłe dzieci alkoholików często wykazują wysoki stopień lęku przed odrzuceniem w bliskich relacjach intymnych. **Lęk ten z jednej strony może wywoływać w nich trudność przed zbliżeniem się do partnera, z drugiej strony może prowokować do jego nadmiernej kontroli i akceptacji dla przekraczania własnych granic**.

Innym obszarem, który był problematyczny dla funkcjonowania w związkach intymnych moich rozmówców, był ten związany z **konstruktywną komunikacją opartą na szczerym informowaniu o swoich potrzebach i doświadczanych trudnościach**. Omawiana komunikacja wiąże się z nieumiejętnością rozwiązywania konfliktów i trudności przy zachowaniu szacunku do drugiej osoby, jej autonomii i potrzeb. Dorosłe dzieci alkoholików miewają trudności w nieprzekraczaniu granic psychologicznych innych osób, jak również z respektowaniem własnych granic i dbaniu o to, by inni również je szanowali. W konsekwencji zdarzało się, że **wikłali się w relacje symbiotyczne, w których zatracali siebie, swoje potrzeby i pragnienia, zaspokajając wyłącznie potrzeby i pragnienia partnera**.

„Poczucie bycia akceptowanym i docenianym przez rodziców jest warunkiem zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji i szacunku. Dla dziecka to rodzice (bądź opiekunowie) stanowią środowisko społeczne, które zaspokaja jego potrzeby (…). Sfrustrowanie tych potrzeb prowadzi do zaburzeń osobowości, a ich siła wynikająca z podstaw owego charakteru decyduje o tym, że mają przewagę w wewnętrznym konflikcie z potrzebą indywidualnego rozwoju" (A. Mróz 2009, s. 87- 88). Moi rozmówcy dostrzegali związek

między doświadczeniami wynikającymi z dorastania w rodzinie alkoholowej a ich aktualnym funkcjonowaniem w bliskich związkach partnerskich. **Podkreślali przy tym przede wszystkim istotność relacji między nimi a rodzicem płci przeciwnej. Wskazywali na powielanie pewnych schematów z omawianej relacji na aktualną relację z partnerem (jeśli relacja z rodzicem płci przeciwnej była relacją przemocową, podobną nawiązywano w związku intymnym). Powielanie określonych schematów ma miejsce nie tylko w kontekście relacji dorosłych dzieci alkoholików z innymi osobami, ale również w kontekście ich indywidualnego funkcjonowania w określonej roli psychologicznej**[156]**.**

8.2.5. Specyfika funkcjonowania w dorosłości w określonej roli psychologicznej

Cechy funkcjonowania charakterystyczne dla określonej roli często towarzyszą jednostce także w życiu dorosłym, nawet wówczas, gdy dawniej stosowane schematy postępowania, spełniając swoją pierwotną funkcję w rodzinie alkoholowej, nie służą dorosłym dzieciom alkoholików w aktualnym życiu i podejmowanym przez nie rolom społecznym oraz ich interakcjom z ludźmi. **O ile w okresie dzieciństwa i adolescencji ich przejawy manifestowały się przede wszystkim w płaszczyźnie obowiązków szkolnych i relacji z rówieśnikami, o tyle w okresie dorosłości zauważalne jest ich odtwarzanie w środowisku pracowniczym. Stąd w poniższym opracowaniu chciałabym skupić się rzede wszystkim na opisie tego, jak specyfika funkcjonowania w określonej roli psychologicznej przejawiała się w wykonywaniu przez moich rozmówców obowiązków zawodowych, a przy tym nakreślę aspekt związany z ich relacjami interpersonalnymi.**

DOROŚLI BOHATEROWIE RODZINNI

Krzysztof, Gosia, Klaudia, Ula, Grażyna, Krystyna

Cechami charakterystycznymi Bohatera rodzinnego są jego pracowitość, sumienność, zaangażowanie w obowiązki pracownicze. W niemal wszystkich czynnościach, które podejmuje, przejawia się jego perfekcjonizm, dążenie, do bycia najlepszym. „**Rodzinni bohaterowie napotykają ogromne trudności w odgrywaniu swojej roli, gdy dorosną i wchodzą w świat ludzi pracujących. Często nie potrafią oderwać się od pracy, stają się pracoholikami. Odnoszą wielkie sukcesy w obranym przez siebie zawodzie i szybko wspinają się po szczeblach kariery**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 57).

[156] Problematyka związana z rolami psychologicznymi osób wychowywanych w rodzinie alkoholowej została opisana w części teoretycznej pracy, w rozdziale zatytułowanym: „*Role dzieci w rodzinie alkoholowej*" s. 161.

Grażyna wskazała, że w każdej podejmowanej przez siebie aktywności zawodowej musiała być perfekcyjna, nawet kosztem własnego zdrowia fizycznego i psychicznego.

[Grażyna] *Ja robię za wszystkich, wszyscy wiedzą, że jak ktoś nie zrobi, to ja zrobię za wszystkich, za każdego. Jeżeli chcą kogoś prosić o pomoc, to pójdą do mnie, bo ja pójdę i pomogę, bo nie powiem >>nie<<, bo nie umiałam powiedzieć >>nie<< kiedyś. Nawet byłam dorosła, to też miałam problem, nawet jak, w* (nazwa miejscowości) *jestem osiem lat, to trzy razy zemdlałam z przepracowania, dosłownie w trakcie pracy, normalnie wzięłam i zemdlałam. (...) Gdzie bym nie poszła, tak samo tutaj. Musi być wszystko idealnie.*

Krystyna, podobnie jak Grażyna, starała się zawsze wykonywać swoją pracę rzetelnie i z dużym zaangażowaniem. Wiązało się to z otrzymywaniem wyróżnień i nagród za wykonywane obowiązki zawodowe.

[Krystyna] *Jest to właśnie z tą poprzednią szefową, zainaugurowałyśmy coś takiego, jak* (nazwa projektu). *To była taka seria spotkań różnych działów z różnych fabryk. Ludzie się zjeżdżali i tak i taki robiliśmy* (nazwa własna). *Ale ona potem odeszła, więc ja to później ciągnęłam sama i w zeszłym roku, jak zmieniłam stanowisko, to mój szef nowy powiedział, że mam to komuś przekazać i tak przekazywałam to w połowie roku. To powiedział, że to był straszny w ogóle, bardzo duży sukces, że mnie tam wychwalał. Nagrodę dostałam dodatkową za to, że to właśnie tak wdrożyłam, że to jest takie wydarzenia w firmie, które jest znane wszem i wobec. Wszyscy chcą w tym brać udział generalnie. Także to takie, jest taki projekt duży, który rzeczywiście jakoś się sprawdził i został nawet zauważony i pozytywnie oceniony, bardzo dobrze oceniony.*

Ich zaangażowanie w obowiązki zawodowe nie pozostaje bez konsekwencji wobec ich funkcjonowania psychospołecznego. „**Obsesyjnie zajęci kierowaniem i sterowaniem ludźmi oraz wydarzeniami wokół siebie, bohaterowie odsuwają na bok własne odczucia i potrzeby. Miewają trudności z nawiązywaniem bliższych znajomości lub wyrażaniem własnych uczuć wobec innej osoby**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 57).

Krystyna podkreśliła, że przez **nadmierne zaangażowanie w obowiązki pracownicze zaniedbała swoją rodzinę, a w szczególności relacje ze swoim mężem**.

[Krystyna] *Jak za długo pracowałam, to takie niezadowolenie było częste. On mało co w życiu osiągnął, siedział w chacie i nic nie robił, zamiast się wziąć, jak inni. On nie miał ani za bardzo własnych pieniędzy, ani kariery, nie spełniał się zawodowo. Ja się spełniałam zawodowo na różnych poziomach. Raz byłam mniej z tego zadowolona, ale jednakowoż wśród tych ludzi byłam doceniania. Zarabiałam fajne pieniądze, gdzie on mało co zarabiał.*

Dla Bohatera rodzinnego charakterystyczne jest opiekowanie się innymi osobami i dbanie o zaspokajanie ich potrzeb. „**Nic zatem dziwnego, że wielu Bohaterów zasila profesje**

związane z opieką - medycynę, pielęgniarstwo, psychologię i psychiatrię, opiekę społeczną, stan duchowny" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 110).

[Grażyna] *I teraz, w wieku trzydziestu czterech lat zapisałam się na studia z psychologii. Zrezygnowałam z mojej firmy, którą miałam, bo miałam swoją firmę, zamknęłam i sprzedałam firmę. I ja się uczę, żeby zmienić zawód, bo wiem, że żeby coś zmienić albo nauczyć się jakiegoś zawodu, to najpierw trzeba się nauczyć, a potem iść do pracy. Chcę pomagać ludziom.*

W literaturze przedmiotu można znaleźć wzmianki dotyczące tego, że Bohaterowie Rodzinni w życiu dorosłym „**mają zwykle niewielu przyjaciół lub nie mają ich wcale, toteż zagłębiają się w pracy zawodowej, by zaspokoić potrzebę więzi z otoczeniem**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 57).

W przypadku moich rozmówców, u których dominują cechy charakterystyczne dla omawianej roli, **powyższe twierdzenie nie znajduje odzwierciedlenia w ich wypowiedziach**.

[Krystyna] *Więc mam bardzo dużo kontaktów, bardzo dobrych, w bardzo dobrej firmie. Znam naprawdę mnóstwo ludzi. Mnóstwo ludzi zna mnie, jakby wie, kim jestem i co ja robię. Raczej jestem postrzegana, jako pozytywna, w sensie, że jako wartościowy pracownik, współpracownik. Jestem lubiana, można ze mną pogadać, się mi zwierzyć, staram się pomóc. Mam dużo przyjaciół, z którymi stale utrzymuję bliski kontakt.*

Ula oraz Krzysztof wskazali, że nie mają trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi, są otwarci na dialog z nimi.

[Ula] *Nie miałam i nie mam problemu z nawiązywaniem takich znajomości neutralnych. (...) Uwielbiam też dyskutować z osobami, które myślą inaczej, chociaż często nie panuję nad nerwami. Zaraz mi się ciśnienie podnosi. (...) Ja się nie spodziewałam, że ludzie mogą z ludźmi tak rozmawiać. Więc, to było dla mnie nowe, ale z czasem, jak się poznawaliśmy i oni zobaczyli, że ja nie odpuszczam, to ta upartość moja, czasami nieraz głupia, ale w sumie są momenty, że ja czuję, że tak, to tak. No, to potem potrafię być z nimi bardzo otwarta. Raz, jednej mamie opowiedziałam o swoim epizodzie depresyjnym, ale to dotyczyło jakby jej dziecka i tej naszej rozmowy. Ona przyszła do mnie później: >>wie pani, niech pani nie mówi tego rodzicom, bo mogą to wykorzystać przeciwko pani. U mnie jest bezpieczne i jak najbardziej<<. Poczułam się głupio, że za dużo powiedziałam. Czasami, to znaczy często, mam takie uczucie, po zebraniach. Za dużo paplam, za dużo mówię, bo jestem taka mało oficjalna, w pewnych miejscach powinno się zachować taki dystans, ja tego nie umiem i nie wiem i to wyłazi ze mnie.*

[Krzysztof] *Bardzo szybko nawiązuję relacje. Nie wiem, czy to jest dobre, ale tak jakoś trafnie oceniam ludzi po rozmowach. Wiadomo, że nie do końca, nie jesteśmy w stanie, ale potrafię niestety gdzieś ich wrzucić w jakąś szufladkę. Troszeczkę mam taką pracę i tu jestem dobry w nawiązywaniu relacji. Wysłuchać, porozmawiać, potrafię wszystkim po troszeczku się interesować, to też potrafię porozmawiać o tym i o tamtym. To to jest takie na plus.*

„**Bohater obdarzony naturalną zdolnością rozwoju umiejętności fizycznych, jak sport, taniec, gra na instrumentach, rysunek czy rzemiosło, najprawdopodobniej będzie energicznie rozwijał tę część swego potencjału**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 105).

Dla Krystyny oraz Krzysztofa aktywność fizyczna odgrywa bardzo ważną rolę w życiu. Oboje, gdy byli dziećmi/ nastolatkami, realizowali się sportowo i tak pozostał również w okresie dorosłości.

[Krystyna] *Jestem dobra w sporcie. Jestem dobrze zorganizowana, jestem wytrwała. Uwielbiam też sport, wiesz, dużo biegam, kilka razy w tygodniu, no i ostatnio też, zawsze, jak jest okazja, to jakieś aktywne wakacje- narty, góry itp.*

[Krzysztof] *Ja gdzieś bardzo lubię tę adrenalinkę, gdy gram w piłkę nożną. Także, w miarę regularnie wciąż chodzę i gram ze znajomymi, bo to mi też pozwala się jakoś odstresować, zapomnieć o niektórych rzeczach.*

* * *

Bohater rodzinny jest sumienny, pracowity i bywa (nad)odpowiedzialny. Bardzo często skupia się na pracy, w którą się intensywnie angażuje, osiąga sukcesy i otrzymuje gratyfikacje. Stąd moi rozmówcy, w swoich narracjach zaakcentowali aspekt realizacji przez nich obowiązków zawodowych, w których wymienione wyżej cechy się uzewnętrzniały. Badani wskazywali na potrzebę bycia perfekcyjnymi, trudności w pozostawieniu sobie przestrzeni oraz prawa do popełniania błędów. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że praca stanowi dla nich także ważną płaszczyznę nawiązywania relacji interpersonalnych, która zaspokaja ich potrzebę więzi z otoczeniem (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 57). **Nie znalazło to odzwierciedlenia w narracjach moich rozmówców, którzy podkreślali swoje zadowolenie z jakości relacji interpersonalnych z przyjaciółmi także poza obszarem zawodowym**. Akcentowali przy tym umiejętnośc nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z innymi osobami oraz otwartość na dialog z ludźmi. Niemniej jednak część z nich wskazywała, że zaangażowanie w obowiązki zawodowe odbywało się kosztem pogorszenia ich relacji z członkami utworzonej przez siebie rodziny.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że niektórzy Bohaterowie rodzinni mają potrzebę uprawiania aktywności fizycznej. Dla moich rozmówców stanowiła ona istotny obszar ich funkcjonowania. Wskazywali, że dzięki sportowi mają możliwość zrelaksowania się i odprężenia. Tym, co dla nich charakterystyczne, to nieustająca potrzeba bycia najlepszymi, niezależnie od obszaru, w którym mieliby swój perfekcjonizm prezentować.

DOROSŁE KOZŁY OFIARNE

Katarzyna, Sławek

W literaturze przedmiotu Kozioł ofiarny charakteryzowany jest najczęściej przez pryzmat swojej buntowniczości i repertuaru zachowań nieaprobowanych społecznie: „nieświadomie przybiera postawę >>złego<<. (…) Kozioł Ofiarny >>obija się<<, popadając w kłopoty i przynosząc rodzinie wstyd" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 114). Zachowania te są powielane również w dorosłym życiu jednostki, gdzie „**w pracy zawodowej kozłom ofiarnym prawie nigdy nie udaje się nic zrobić tak, jak należy**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 59).

Sławek w swojej wypowiedzi podkreślił, że miewał konfliktowe relacje ze swoim kierownikiem, co powodowało trudności w realizacji przez niego obowiązków zawodowych.

[Sławek] *Już kupę czasu, jak kiedyś, z moim kierownikiem się pocięliśmy, po okresie, jak tam pracowałem, później rozstałem się z nimi i po miesiącu wróciłem, to tam zaczęliśmy ze sobą gadać i tam od słowa, do słowa, wiesz, od spraw służbowych na prywatne, no i się pocięliśmy, tak ostro. Wiesz, zaczął mnie straszyć tam szefową, że nie pozwoli, żeby coś tam, coś tam, że ja mu coś tam. A ja też sobie nie pozwolę, żeby ktoś mi wyjeżdżał ze swoimi. No, w pracy, wiesz, ja myślę, że też umiem oddzielić w ogóle pracę, od prywatnego życia. Wiesz, ja nawet cały czas nie przepadam za tym moim kierownikiem, wtedy był okres, że w ogóle, że ja przychodziłem do pracy a on coś tam miał do mnie, to wiesz, ja przychodzę do pracy, ja muszę wykonać to, o co on mnie prosi, ma mi mówić, co jest do zrobienia i koniec kropka.*

„Bywa, że zamiast stosować się do reguł obowiązujących w danej firmie, wybierają drogę >>na skróty<< i narażają się szefowi. Nie umiejąc zgodnie współżyć z innymi, wdają się w niszczące kłótnie z kolegami z pracy" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 59).

Katarzyna, opisując specyfikę realizowania przez siebie obowiązków zawodowych, podkreśliła, że **miała trudność w panowaniu nad emocjami, złością i doprowadzało to do jej ekspresji wobec kolegów i koleżanek z pracy.**

[Katarzyna] *Ja mam dobre relacje w pracy, wydaje mi się. Dlatego też, że natrafiłam na dobrych ludzi, którzy, jak krzyczałam, to zwłaszcza jeden, mój kierownik, muszę powiedzieć, że jest naprawdę świetny. Oczywiście też się kłócimy, co jakiś czas, ale tak zdrowo rozsądkowo, mądrze, wydaje mi się, dlatego, że jak krzyczałam i jak robiłam burdy z trzaskaniem drzwiami, to wszyscy mnie obgadywali po kątach. I on jeden, trzy lata temu, bo są coroczne oceny pracownicze, usiadł, widziałam, że go to kosztuje. Pomyślałam: >>co się z nim dzieje?<<, bo ja byłam świetna zawodowo, rozumiesz, ja odpierdzielałam kawał dobrej roboty, ja tam zbierałam laury. Ja byłam pewna, że on mnie będzie tutaj chwalił, jaka jestem świetna zawodowo. A on do mnie o czymś innym. On usiadł naprzeciwko mnie i widziałam, ile*

go to kosztuje. Pomyślałam: >>co on chce mi powiedzieć? O co chodzi?<<. A on usiadł i mówi: >>Kasia, to będzie trudna rozmowa, ale ja to tobie powiem<<. Ja mówię: >>co się stało?<<. Słuchaj, miesiąc dochodziłam do siebie, jak mi powiedział, że on uważa, że jestem świetnym specjalistą, ale cała ta specjalizacja i to, co ja wiem, cała moja wiedza, czy umiejętność, czy wykonanie pewnych czynności blednie przy moim zachowaniu, które zakrywa wszystko. >>Jak ty się Kasia denerwujesz, to ty wpadasz aż do mnie do gabinetu, drzesz mordę, wydrzesz się na wszystkich, wychodzisz, trzaskasz drzwiami i nawet nie czekasz, czy mam coś do powiedzenia, pytam się Kasia, co załatwiłaś?<<. Ja tego nie zapomnę, jak on mi to powiedział, wstyd szalony i mnie zatrzymuje to, że mi to ktoś powie, tak masz. Kaśka- galopujesz, zatrzymaj się. Żebym nie poszła w jakieś słowo, w emocjach i faktycznie nie powiedziała zbyt wiele.

Dominującym uczuciem, jakie towarzyszy Kozłowi ofiarnemu, jest złość, która „najczęściej wynika z nieświadomego **maskowania jeszcze bardziej bolesnych uczuć związanych z samotnością i odrzuceniem**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 118).

Omawiana złość towarzyszyła moim rozmówcom także w dorosłym życiu, w relacjach z ludźmi.

[Sławek] *Z takimi drobnymi, to myślę, że sobie sam jakoś... Się strasznie wkurzę po prostu albo zdenerwuję się na coś, po czym przechodzi, po prostu. Jak gdzieś tam dojdę do czegoś. Jeżeli jest coś z takich poważniejszych, to myślę sobie, że jak są jakieś tam konflikty, to pewnie wiesz, nasze tam prywatne w domu, z moją dziewczyną, partnerką. Bywa tak, że gdzieś tam się mocno irytuję, wkurzam, nie do końca nawet wiedząc, o co chodzi.*

Katarzyna podkreśliła odczuwanie silnej złości w życiu dorosłym wobec swojej uzależnionej od alkoholu matki, gdy jej stan doprowadził do tego, że ta znalazła się w szpitalu.

[Katarzyna] *Z tym lękiem o życie przyszła mi złość, myślałam, że więcej zrobię, no po prostu mówię, ja pierdzielę, co ci zrobię, jak cię przywiozą. O 24-tej przyjechała erka z mamą, którą przyjęli na wewnętrzny i leżała w korytarzu, lekarz nie chciał mnie do niej wpuścić, bo widział mój stan. Ja po prostu byłam zła i zaryczana, i przerażona, i zła. W końcu powiedziałam, że chcę ją chociaż z daleka zobaczyć, może mnie pan trzymać. I zobaczyłam, jak ona sobie chrapie. Po prostu. Chrapała w głos. Ja myślałam, że nie wiem, co jej zrobię. Po tym chrapaniu mama się przebudziła i wpadła w agresję taką, że lekarz mi oznajmił, że będą mamę wiązać. Ojciec powiedział, że nie da rady i uciekł ze szpitala.*

* * *

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że Kozły ofiarne „są nieprzystosowane do życia w społeczności. Kozłom ofiarnym trudno jest funkcjonować w układach społecznych i spotykają się ze społeczną dezaprobatą, gdyż zachowują się w sposób nieakceptowany przez innych" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 59). Ukazuje się obraz jednostki niepoddającej

się ogólnie przyjętym zasadom życia społecznego, której zachowanie odbiega od ogólnych norm funkcjonowania.

Moi rozmówcy, w których narracjach dominowała specyfika funkcjonowania w roli Kozła ofiarnego, szczególnie podkreślili aspekt relacji zawodowych, w których miewali trudności. Bywało, że nie mogli porozumieć się ze swoim pracodawcą, co prowadziło ostatecznie do kłótni i uniemożliwiało dojście do porozumienia. **Omawiane trudności wynikały przede wszystkim z nieumiejętności zapanowania nad nieprzyjemnymi uczuciami i ich eksternalizacją. „Pod skorupą złości kryje się typowe dla Kozła ofiarnego poczucie krzywdy**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 118).

Specyfika funkcjonowania Kozła ofiarnego w literaturze przedmiotu zazwyczaj nacechowana jest negatywnie. Wskazuje się przy tym głównie na te obszary ich postępowania, które skutkują trudnościami zarówno indywidualnymi, jak i społecznymi, zapominając o ich zasobach - „doświadczanie nieustannych niepowodzeń życiowych często skutkuje w dorosłym życiu Kozłów Ofiarnych społecznym niedostosowaniem. Dezaprobata ze strony otoczenia najczęściej jest wywołana statusem dewianta z powodu zachowań przestępczych i/lub przejawów demoralizacji" (I. Niewiadomska, S. Fel 2015, s. 47). To jednak **nie znalazło odzwierciedlenia w sposobie funkcjonowania moich rozmówców, u których przeważały cechy Kozła ofiarnego. Z pewnością wynika to przede wszystkim z faktu, że każde dziecko z rodziny alkoholowej odgrywa kilka ról, z przewagą charakterystyki jednej z nich. Równocześnie, jak wynika z narracji moich rozmówców, ich funkcjonowanie nie wskazuje, by podejmowali się aktów przestępczych, są osobami empatycznymi, które szczerze martwią się o dobro swoich bliskich i w wielu sytuacjach potrafiły to okazać, nierzadko zaniedbując swoje potrzeby**.

DOROSŁE ZAGUBIONE DZIECI

Konrad, Alicja, Piotr, Damian

Charakterystycznym dla Zagubionego dziecka i towarzyszącym mu niemal nieustannie uczuciem jest samotność - „**staje się samotnikiem, samodzielnie dbającym o swoje potrzeby i wszystkim schodzi z drogi, znajdując więcej spokoju we własnej prywatności, we własnym towarzystwie niż w środku rodzinnego chaosu**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 123). Dla Zagubionego dziecka takie funkcjonowanie chroni je w pewnym stopniu przed bezpośrednim doświadczaniem nieprzyjemnych skutków uzależnienia rodzica. Równocześnie „mur obronny odgradza je od tych wszystkich pozytywnych interakcji i sposobów

komunikowania się, które jeszcze w rodzinie istnieją" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 123). W wyniku wycofania często „dziecko takie cechuje się bardzo niskimi kompetencjami psychospołecznymi, zwłaszcza interpersonalnymi" (B. Bocian-Waszkiewicz 2018, s. 157).

O potrzebie uciekania przed trudnościami wspomniał Damian.

[Damian] *To jest nerwowość, to jest takie na pierwszym miejscu, bym powiedział, taki brak cierpliwości do dzieci i też do tej małej Krysi i... I mam takie parcie na to, żeby gdzieś uciekać, od tego wszystkiego, bo miałem to samo. (...) Siedzę na przykład, siedzimy gdzieś wieczorem, jest jedna, jest druga i myślę sobie, że tak chciałbym gdzieś wyjść może, zamknąć się w sypialni i YouTuba pooglądać, żeby pobyć samemu.*

W konsekwencji wielokrotnego izolowania się (np. poprzez wykonywanie różnych aktywności, w tym używanie środków psychoaktywnych) Zagubionego dziecka, ma ono **trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych**. „Z upływem czasu ubóstwo kontaktów społecznych pogłębia się" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 128).

Konrad wskazał, że miewa trudności w kontaktach interpersonalnych, szczególnie na płaszczyźnie otwartej komunikacji z innymi osobami.

[Konrad] *To znaczy, to też jest element, który zauważam wśród swoich, na przykład, znajomych, rówieśników, nieco młodszych, że są bardzo otwarci, że są mega radośni i że są głośni i swobodnie rozmawiają, a ja niestety tego nie umiem. Ja wolę ciszę, spokój i tym podobne sprawy. No mają masę zainteresowań. Potrafią nawet niektórzy czerpać z małych rzeczy przyjemność. No ja niestety taki już nie jestem.*

Trudności związane z relacjami interpersonalnymi Zagubionych dzieci, a konkretniej nieumiejętnością konstruktywnej komunikacji z innymi osobami, bywają powielane przez nie także **w środowisku pracowniczym, gdzie „trzymają się na uboczu. Zawsze są na zewnątrz i tylko zaglądają do środka. Niewiele mówią i wolą pracować oddzielnie**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 61).

Damian w swojej wypowiedzi podkreślił, że miewa **tendencję do unikania realizacji pewnych czynności, przez co sam czuje się zaniedbany**.

[Damian] *Potem, to już było tak, że samo to opóźnienie było już problemem, samym w sobie i jeszcze bardziej to odpychałem w czasie. No, to niestety gdzieś tam cały czas pokutuje we mnie. To jest związane, na przykład, z pracą, jak mam jakieś trudne tematy, to się tego nie dotykam, pomijam, robię inne rzeczy i jeszcze bardziej gdzieś tam zostaje zaniedbany, więc to jest duży problem dla mnie*.

Wskazuje się, że Zagubionym dzieciom „**Uczestnictwo w pracy zespołowej może sprawiać trudności. Zawsze wykonują to, co im się każe i nie robią wokół siebie szumu**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 61).

[Konrad] *To jest do przerobienia, jest to taka cecha, którą kiedyś zauważyłem, że z początku jest mi bardzo ciężko, żeby zapałać sympatią, nawiązać kontakty, zwłaszcza w grupie osób, ale to jest tak naprawdę kwestia pewnego czasu, przyzwyczajenia, zbadania terenu, dopracowania i generalnie później robię to, czego się oczekuje i tyle.*

W literaturze przedmiotu wskazuje się również, że „**Zagubione Dzieci radzą sobie ze swoimi uczuciami, kryjąc je tak głęboko, że trudno do nich dotrzeć. Niekiedy obracają swój gniew przeciwko sobie samym i wyrządzają sobie krzywdę, usiłując popełnić samobójstwo lub biorąc narkotyki**" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 60-61). Tego wątku nie będę w tym miejscu szerzej opisywać, ponieważ aspekt związany z używaniem środków psychoaktywnych przez dorosłe dzieci alkoholików został przeze mnie poruszony w rozdziale odnoszącym się do ich trudności indywidualnych. Zaakcentowałam tam również problemy przejawiane w tej płaszczyźnie przez dorosłe Zagubione dzieci, czyli Alicję oraz Damiana.

* * *

Z narracji dorosłych Zagubionych dzieci wynika, że dominująca w ich wcześniejszych etapach rozwojowych **samotność i tendencja do uciekania przed trudnościami dnia codziennego** towarzyszy im również w aktualnym funkcjonowaniu. Przejawia się ona przede wszystkim przy **doświadczaniu różnego rodzaju trudności wynikających z pełnienia przez nie określonych ról społecznych, np. roli rodzica i wynikających z niej problemów wychowawczych**.

Istotną rolę odgrywa samorealizacja Zagubionych dzieci w płaszczyźnie zawodowej. Moi rozmówcy podkreślali, że wykonując swoje obowiązki zawodowe, mieli **trudność w całkowitym powzięciu za nie odpowiedzialności, doprowadzeniu do ich finalizacji bądź z podejmowaniem się nowych. Ponadto w zawodach, w których musieli współpracować z innymi ludźmi, woleli trzymać się na uboczu, nie angażując się w podejmowanie zadań i decyzji**.

Zagubione dzieci w wyniku częstej izolacji z relacji społecznych w okresie dzieciństwa i adolescencji jako **osoby dorosłe wycofują się z doświadczania różnych aspektów swojego życia**. Miewają trudności we wchodzeniu w różnego rodzaju relacje. W rezultacie wycofywanie dominuje w sposobie ich funkcjonowania w otaczającej rzeczywistości w różnych obszarach życia.

DOROSŁE MASKOTKI

Adam, Anita

Poczucie humoru oraz zdolność rozładowywania napięcia to cechy najlepiej charakteryzujące Maskotki. Jednak „**dramat osoby pełniącej rolę Maskotki polega na tym, że nikt nie traktuje jej poważnie, a ona sama zatraca granicę między radością a smutkiem, między przyjemnością dawania a bólem**" (M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 109). Funkcjonalny schemat postępowania w rodzinie alkoholowej często bywa powielany również w relacjach interpersonalnych w okresie dorosłości. Maskotka staje się „**duszą towarzystwa, jak klaun ukrywając swój ból pod przylepionym do warg uśmiechem**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 135).

W relacjach interpersonalnych „**Maskotka manipuluje, choć może nie zdaje sobie z tego sprawy. Stosuje różnorodne taktyki, by kontrolować sytuację i wywołać pożądaną dla siebie reakcję**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 139).

Anita podkreśliła, że w rozmowach z innymi ludźmi dąży do tego, by jej opinia na dany temat wiodła prym nad zdaniem innych osób. Wskazała także, że ma **potrzebę wykazania większej istotności jej postrzegania danej kwestii w trakcie konwersacji z drugą osobą**.

[Anita] *To było takie: >>oho ho<<. Dajesz, dajesz, walcz ze mną! Czułam się, jak taki matador z czerwoną płachtą na byka. To było takie: >>dajesz!<<. Pokażę tobie, dlaczego nie masz racji i zawsze skupiałam się na tym, żeby wszystkim pokazać, że to ja mam rację. Najpierw pozwalam mówić ich przekonania, z uśmiechem na twarzy, bawiło mnie to, w pewien sposób byłam rozbawiona, ale też czułam, że muszę to też wziąć na poważnie i muszę to zrobić tak odpowiednio, żeby wszystko poszło po mojej myśli. Jakby bardzo głęboko analizując zachowanie drugiej osoby.*

Ze względu na humorystyczny sposób funkcjonowania Maskotek, **często wzbudzają sympatię innych osób, mają opinię wesołych oraz rozweselających wszystkich, w konsekwencji ludzie chętnie przebywają w ich towarzystwie** (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 119).

[Anita] *Jestem ogromnym ekstrawertykiem, który polega na tym, że uwielbia mieć ludzi dookoła siebie, bo uwielbiam aktywności z tymi ludźmi. Ja kocham pracować z ludźmi, uwielbiam rozmawiać, uwielbiam prowadzić rozmowy, dyskusje, spędzać jakoś czas wspólnie, bardzo lubię to i boję się zostać sama, bo nagle musiałabym, na przykład, spędzać czas w czterech ścianach- samotnie. Nie umiałabym tego znieść.*

Adam również zawsze otaczał się sporą liczbą znajomych.

[Adam] *Razem się świetnie jeździło w góry, razem się imprezowało, oglądało filmy, nie wiem, robiło ogniska u kumpla na działce. Takie rzeczy, jakaś taka paczka zawiązana, to było chyba jakoś takie*

szczere, że nie było tak, że czasami masz znajomych, niby wszystko cudownie, a potem nagle się odwrócą i ich nie ma.

Oprócz obszaru związanego z relacjami interpersonalnymi Maskotki, istotną rolę odgrywa aspekt związany z podejmowaną przez nią w dorosłości pracą zawodową. W literaturze przedmiotu wskazuje się, jakoby Maskotki w pracy miały „opinię kawalarzy, rozweselających wszystkich obecnych. Każdy lubi ich towarzystwo, gdyż zmuszają do śmiechu, ale nikt nie bierze ich na poważnie" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 62).

Adam wskazał, że **w pracy bardzo ważną rolę odgrywa dla niego interakcja z ludźmi, przebywanie z nimi i czerpanie z tego radości. Niemożność doświadczania ich w aktualnie wykonywanym przez niego zawodzie doprowadziła go do podjęcia decyzji o jego zmianie**.

[Adam] *Chyba potrzebuję zmienić na pracę, która będzie żywsza, bo teraz, to jest taka praca, gdzie tak naprawdę możesz przez cały dzień do nikogo słowem się nie odezwać, bo siedzisz w koło przy komputerze, projektujesz, czasami pójdziesz coś tam pogadać służbowo i tak prywatnie, to z jednym kumplem, co odchodzi. To też jest dla mnie takim argumentem, żeby tam nie siedzieć, bo na ile mogliśmy, na tyle sobie jakąś relację wybudowaliśmy, przez lata i to jest takie... Nie wyobrażam sobie, to się mówi: >>to tylko praca<<, ale spędzasz tam osiem godzin dziennie, na przykład, jak nie więcej, czyli jedną trzecią życia, można powiedzieć, spędzasz w tej pracy i żeby mieć jakąś frajdę, chcę zmienić na coś, co jakby, wracając do terapii indywidualnej, co może będzie szansą na znalezienie jakiejś takiej radochy i ciekawości, takiej żywszej pracy. Nie chcę, na przykład, na budowę, gdzie bym mógł, bo to mnie nie kręci, bo nie chcę zostać wysłany, gdzieś tam pod* (nazwa miasta)*, na dwa lata no, bo to albo zniszczy związek, albo zniszczy życie, jak dla mnie. Ale takiej pracy żywszej, jakieś rozmowy, gdzie chociażby też w jakimś biurze tam budowlanym, ale na zasadzie ogarniania od projektów do projektów, od projektów do budowy, tam załatwiania wszystkich rzeczy po urzędach. Trudno, nie trudno, ale takie, w tym temacie wydaje mi się to o wiele żywsze, energetyczne i tak naprawdę chyba teraz czegoś takiego szukam. Szukam ożywienia.*

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że „rola dworskiego trefnisia przeszkadza im w nawiązaniu poważnych, głębszych związków" (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 63; M. Ryś, E. Wódz 2003, s. 109). **Jednak w przypadku moich rozmówców, są oni jednymi z niewielu, którzy aktualnie funkcjonują w stałych i, jak wynika z ich wypowiedzi, satysfakcjonujących związkach**. Oczywiście, zauważają u siebie pewne trudności w interakcji z osobą im bliską, niemniej jednak mają ich świadomość i starają się nad nimi pracować.

[Anita] *Były jakieś tam kłótnie, tylko to jest na zasadzie tego, przedstawienie tego, na przykład, bardzo często to wychodzi z mojej strony, tak naprawdę, za każdym razem. (...) Bo chodzi o to, że mój chłopak też jakby, to jest jego pierwszy związek, który nie jest związkiem energetycznym, bo poprzednia jego*

dziewczyna taka była i też niektóre zachowania jakby, niektóre zachowania przejął, jakby, po poprzednim związku i na przykład, na tyle, ile staram się jak najbardziej to wszystko zrozumieć, tak czasami zdarza się, jakby zdenerwować. Bo na przykład w poprzednim związku miał ograniczony czas na to, czy na to, mimo, że prowadził bardzo dużo aktywności, które są ważne, ale przez nią… Dlatego ja nie chcę go ograniczać, bo nie o to chodzi (…). Martwię się o wierność. Mam straszny problem, jeżeli chodzi o zdrady. Nienawidzę zdrad. Ponieważ moja mama zdradzała mojego ojca i wszystko przez to wyszło. Nienawidzę zdrad i mam problemy z zaufaniem. W sensie, ja ufam swojemu chłopakowi, ale jeżeli coś mi się na przykład nie podoba, to mam takie: >>uuuuu, o, to mi się nie podoba<< i po prostu na tym to się skupia, że mam troszeczkę problemy z zaufaniem. Staram się to jednak wyjaśniać z chłopakiem i też jakoś nad sobą pracować w tej kwestii, żeby to nie było jakieś przesadne.

Adam podkreśla, że ma bardzo dobre relacje ze swoją długoletnią partnerką i nie chciałby być z nikim innym. Niemniej jednak wskazuje, że ostatnio pojawiły się w ich związku problemy związane ze zbliżeniem seksualnym, nad czym starają się oboje pracować.

[Adam] *Naprawdę kocham tą kobietę i cieszę się, że ją poznałem, bo tak naprawdę nie piętrzymy sobie trudności. Nie wiem, mogę rzucać takimi stereotypami, tylko po co, tak naprawdę, że nie wiem, nie kłócimy się, ja nie robię jazd i ona mi nie robi jazd o jakieś bzdury, o które nie ma sensu. Staramy się przekazywać rzeczy. Mamy duże problemy z intymnością na przykład no, bo tutaj jest trochę, nazwijmy to, naprawdę od długiego okresu nie byliśmy ze sobą i to jest mocno frustrujące, bo wszystko jest super i nie wyobrażam sobie być z kimś innym, ale ten jakiś jeden obszar mocno kuleje, na przykład, nie. I też przepracowuje to mocno na terapii, bo nie do końca rozumiem, co się dzieje i o co chodzi.*

* * *

W dorosłym życiu Maskotka, jak wynika z narracji moich rozmówców u których cechy opisywanej roli dominują, ma skłonność do obracania wielu kwestii w żart. W rezultacie często nie narzeka na brak znajomych, niemniej jednak **zdarza się, że przebieg relacji z nimi bywa zdominowany i ukierunkowany potrzebami Maskotki**. Jedna z moich rozmówczyń wprost wskazała, że ma świadomość umiejętności manipulacji ludźmi na rzecz własnych korzyści. Wie również, w jaki sposób przeprowadzić rozmowę bądź konflikt, by uzyskać pożądany przez siebie efekt. Tak funkcjonując, trudno może być jej nawiązać szczere i bliskie relacje interpersonalne.

Mimo że w literaturze przedmiotu podkreśla się, że Maskotki miewają trudności w nawiązaniu i podtrzymaniu bliskiej relacji intymnej, to, jak wynika z narracji moich rozmówców, byli oni jednymi z niewielu, którym się to udało. **Wskazywali, że są usatysfakcjonowani z jakości swojego związku i oprócz niewielkich trudności, z którymi musieli się zmierzyć, ich relacja wciąż trwa**.

Maskotki w podejmowanej przez siebie pracy zawodowej bywają postrzegane jako te, które rozładowują napięcie wynikające z trudności w realizacji obowiązków zawodowych. W konsekwencji zdarza się, że nie są traktowane poważnie (B. E. Robinson, J. L. Rhoden 1998, s. 62). **Moi rozmówcy, odwołując się do aktualnie wykonywanych obowiązków zawodowych, podkreślali aspekt związany z istotnością interakcji z ludźmi, podejmowania z nimi rozmów, dyskusji**. Jego brak poskutkował, w przypadku jednego z nich, podjęciem decyzji o zmianie miejsca pracy.

8.2.6. Dorosłe dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia

W obiegu naukowym powszechnie wskazuje się, że przez rodzinę alkoholową rozumie się taką rodzinę, w której co najmniej jedna osoba boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu (W. Ambrozik 1983; A. Margasiński 2011; U. Świętochowska 2001, s. 153-159; H. Marczak 1994, s. 140; M. Ryś 2011). Mając na względzie, że nie można przestać być osobą uzależnioną[157], bowiem uzależnienie jest chorobą nieuleczalną, systemem alkoholowym będziemy określać również taki, w którym alkoholik przestał dokonywać intoksykacji chemicznej. Omawiany system rodzinny, w którym funkcjonuje osoba uzależniona dokonująca intoksykacji chemicznej, chakteryzuje określony repertuar zachowań, które muszą ulec zmianie, gdy alkoholik podejmuje leczenie. Wzmiankowane różnice w funkcjonowaniu wynikają zarówno ze zmiany sytuacji w rodzinie, ale także z etapu rozwojowego osób w niej wychowywanych, które będąc osobami dorosłymi inaczej postrzegają otaczającą je rzeczywistość.

W literaturze przedmiotu najczęściej poruszane wątki dotyczą funkcjonowania dziecka, adolescenta w rodzinie alkoholowej, jego trudności, a ostatnimi czasy także zasobów i czynników ochronnych tej grupy osób. Zwraca się szczególną uwagę na dynamikę choroby alkoholowej, relacje wewnątrz systemu, gdy są w nim jeszcze dzieci. Szeroko również poruszana jest problematyka odnosząca się do wpływu dorastania w rodzinie alkoholowej na funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych dzieci alkoholików. Jednak **rzadko poruszana jest problematyka związana z funkcjonowaniem systemu alkoholowego w momencie, gdy dziecko alkoholika opuszcza jego (systemu rodzinnego) granice i zaczyna swoje dorosłe życie, wchodząc w różne relacje interpersonalne, związki intymne i tworząc własną**

[157] Istnieją hipotezy jakoby osoby uzależnione od alkoholu mogły pić w tak zwany sposób kontrolowany. Bywają one formułowane w klinikach zagranicznych, w których dokonuje się badań nad skutecznością wdrażania programu picia kontrolowanego w przypadku osób uzależnionych od alkoholu (D. Dolata 2014, s. 238). Kłóciłoby się to jednak z przyjętą i szeroko uznawaną, m.in. w Polsce, jellinkowską koncepcją choroby alkoholowej, jako choroby nieuleczalnej, której spectrum tkwi w niemożności kontrolowania intoksykacji chemicznej przez uzależnionego.

rodzinę, a należy pamiętać, że aktualne relacje dorosłych dzieci alkoholików z rodzicami, mimo opuszczenia przez nich domu rodzinnego, także odgrywają istotną rolę w ich obecnym funkcjonowaniu.

8.2.6.1. Relacje alkoholika z partnerem

Odwołując się do narracji moich rozmówców, każda z ich historii jest niezwykle bogata w doświadczenia (często bardzo trudne) oraz różnorodna. W literaturze przedmiotu, w myśl **zasady ekwipotencjalności** oraz „w świetle aktualnych rezultatów badań naukowych heterogeniczność populacji dzieci alkoholików jest niezaprzeczalnym faktem" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 62). Również specyfika funkcjonowania ich rodziców, jak sami wskazują, jest różna. Niemniej jednak zauważalne są pewne elementy wspólne, na co wskazują narracje badanych przeze mnie osób.

Tylko u jednego z moich rozmówców, **ojciec podjął leczenie i aktualnie w ogóle nie spożywa alkoholu**. Konrad podkreślił, że relacje pomiędzy jego rodzicami nie uległy znacznej zmianie, bowiem jego matka wciąż, podobnie jak kiedyś, w relacji ze swoim mężem jest osobą decyzyjną.

[Konrad] *Moja mama jest decyzyjną. Mama wybiera, ewentualnie jakaś rozmowa, jakiś tam kraj, gdzie tam wyjadą, gdzieś tam wspólnie zdecydują, natomiast ona jest tą osobą decyzyjną i tą, jakby to dobrze określić, ona jest tą osobą, która to wszystko zrobi. Ona przedzwoni, ona skontaktuje się z biurem podróży, ona załatwi coś tam. Mój ojciec kiwnie ewentualnie głową i tyle. Moja mama wszystkim się zajmie. Moja mama… jedynie wspólnie, że musimy pojechać tam, no, to ojciec pojedzie kupić to. Później może trochę ponarzeka pod tym względem, no, ale taki już jest.*

Gdy ojciec Konrada poddał się leczeniu, jego zachowania związane z zazdrością przestały występować. Aktualne relacje badanego z partnerką przebiegają podobnie, z tą różnicą, że zachowania przemocowe występują z minimalnym natężeniem. Jak wskazuje rozmówca, **łącząca ich więź przetrwała dzięki przyzwyczajeniu**, mimo, że wciąż nie łączą ich wspólne zainteresowania, pasje.

[Konrad] *Mój ojciec już nie pije od paru lat. No wybuchowy charakter jeszcze mu został, ale nie jest to już w takim stopniu, jak kiedyś, więc wydaje mi się, że to się bierze też z tego. Moja mama musiała też coś w nim zobaczyć, jak się poznali, więc może to z tego to się bierze. (…) No i też nie mieli zbyt wielu wspólnych tematów. Nie mają do tej pory. Tak szczerze powiedziawszy. (…) Wydaje mi się, że, no, że cały czas też kwestia przyzwyczajenia. Jeżeli by się nie kochali, to nawet w tej chwili mogliby się rozstać ze sobą. Przebywają do tej pory ze sobą.*

W funkcjonowaniu rodziców Konrada pewne sztampowe zachowania, jak np. decyzyjność matki, wciąż są aktualne oraz funkcjonalne w życiu rodziny. To, co **uległo**

zmianie, to przede wszystkim zaprzestanie intoksykacji chemicznej ojca rozmówcy oraz stosowania przez niego przemocy (znaczne zmniejszenie natężenia). Jak wynika z jego narracji, rodzina funkcjonuje jak wcześniej- jak pewien samoregulujący się mechanizm, wyłączony z przeżywania i doświadczania emocji partnerów względem siebie.

Moi rozmówcy w różny sposób odnosili się do specyfiki aktualnego funkcjonowania swojego uzależnionego od alkoholu rodzica. Niektórzy otwarcie wskazywali, że ich rodzic jest czynnym alkoholikiem i nie poddał się leczeniu, nie zaprzestał intoksykacji chemicznej, a niektórzy wskazywali, że w ich percepcji uzależniony rodzic nie boryka się już z problemem uzależnienia od alkoholu, jedynie sporadycznie wypija jego niewielkie ilości. **W myśl jellinkowskiej koncepcji uzależnienia, traktującej je jako chorobę nieuleczalną, pragnę podkreślić, że niezależnie od poglądów niektórych moich rozmówców, jeśli ich rodzic wciąż, nawet sporadycznie i w niewielkich ilościach, spożywa alkohol, nie może określać się mianem trzeźwego alkoholika. Stąd w swojej pracy zakwalifikowałam ich wypowiedzi odnoszące się do relacji ich rodziców ze sobą w kategorię relacji czynnego alkoholika z partnerem**.

Moi rozmówcy, charakteryzując przeszłe relacje między rodzicami, przede wszystkim wskazywali na dużą ilość konfliktów i trudności. Adam wspomniał, że aktualnie występująca czułość i bliskość między jego rodzicami jest spowodowana przez choroby, na które cierpią. Wynika stąd, że **wystąpienie innych chorób w życiu uzależnionego spowodowało w pewnym stopniu odnowienie jego relacji z partnerem i zbliżenie ich do siebie**.

[Adam] *Teraz, przez pryzmat tych chorób, które były, ojciec przez parę lat temu miał raka prostaty, to szybciutko się wyleczyło, na szczęście, nic nie ma. Ostatnio miał ten udar, trochę problemy z nogami, że tak sobie chodzi. To strasznie dużo czułości zauważyłem w stosunkach między nimi. Tak, jak mówiłem, że nagle: >>mój robaczku<<, czy coś tam, jakieś tam się podszczypywali, czy coś takiego, jak nastolatki sobie wbijają palce, jakiś buziak, to coś takiego, w tym szpitalu. Jakby ta świadomość, że tej drugiej osoby może zabraknąć, otwiera w nich jakieś takie drzwi pozamykane przez trzy czwarte życia. No i to, że praktycznie ojciec już nie pije, tam mu się zdarzy sporadycznie no, bo nie może z lekami, więc chyba to go mocno powstrzymuje albo to, co się działo i to ich jakoś tak zbliżyło. Chyba są najbliżsi, jak ja pamiętam.*

Jak wskazuje Grażyna, relacja między jej matką i uzależnionym od alkoholu partnerem nie uległa znaczącej zmianie. Rozmówczyni podkreśliła, że w jej rodzinie ma miejsce **międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu**.

[Grażyna] *Współuzależnienie, nawyki, kurde. Nie no, tak. Moja mama daje się poniżać tacie od x lat, ale ona też to ma z domu, bo jej tata, to się dowiedziałam przypadkiem, niedawno, jej tata też się puszczał na prawo, na lewo, był też alkoholikiem, który potrafił po kilka tygodni pić i nie chodzić do pracy. No i*

babcia też to tolerowała całe życie. Ona była z nim do końca, znaczy, do końca, on miał wypadek samochodowy i zginął. No, ale ona zawsze była z nim. No, więc mama zrobiła to samo, co i w domu widziała, że mój dziadek traktował, jakby mąż żonę, ale musi być w domu, musi siedzieć w domu, pilnować dzieci.

Jak wynika z wypowiedzi mojej rozmówczyni, w jej rodzinie wciąż **podtrzymywany jest system iluzji i zaprzeczeń, a reakcją na próbę jego przeforsowania jest złość i wycofanie rodziców z kontaktów z nią**. Sama określiła relacje między nimi jako związaną i opartą na przemocy. „Silny lub długotrwający lęk Bowen początkowo uważał za jedną z przyczyn >>stapiania się<< systemu intelektualnego z emocjonalnym, czyli inaczej mówiąc, za jedną z przyczyn niskiego stopnia dyferencjacji podstawowej, co w konsekwencji nasila tendencję do fuzji w relacji międzyludzkiej. (…) Fuzja może zarówno prowadzić do ulgi od lęku, jak i być jego źródłem. Im bardziej bowiem osoby w związku mają nasiloną potrzebę bycia razem, tym bardziej dążą do tego, by ją zaspokoić i tym samym zmniejszyć swój lęk. Jednocześnie im bardziej intensywna będzie ich fuzja, tym bardziej będą odczuwali, że znaleźli się w kompromisowej, niewygodnej dla siebie pozycji. To sprawia, że takie osoby będą w ciągłym dylemacie między potrzebą bliskości (dla ulżenia lękowi przed emocjonalną izolacją) a potrzebą dystansu (dla ulżenia lękowi przed >>duszeniem się<< w związku)" (I. Kołbik 1999, s. 34).

[Grażyna] *On* (ojciec) *całe życie kłótnie prowadził. Jezu, jak ja mogłam tu kiedyś żyć, przecież to się nie da żyć, ja mówię. Kurde, na każdym kroku, mama nie musi nic powiedzieć, ale i tak będzie wojna. Mama jeszcze powie, że to jest jej wina. Zresztą, tak to jest przy mieszkaniu z psychopatą, bo właśnie taką książkę czytałam, że później... Zresztą, ja to miałam też w małżeństwie, później, niestety, że jak już bokiem Tobie, czy mi, czy mamie to wychodziło tak, jak i tata tak samo mój były mąż potrafił powiedzieć: >>Ty masz chyba problemy psychiczne. Ty może do psychiatry idź<<. Mama, to sobie może, mama nie ma nic do gadania, w niczym. W niczym. Wiesz, o pieniądze się nie musiała prosić, żeby dostać na ubrania dla nas, na książki. No, tyle rodzinnego, czy tego wychowawczego, czy co tam jest po kolei, do pewnego czasu miała. A później, to już nie było tego, no więc, o to się... On może wydawać pieniądze na to, co chce, chwalił się, że obiad sobie zjadł, jak mama zrobiła jakieś tam, jak on to nazwał- pomyje. (...) Moja mama, jak zaczęłam, no z mamą, to teoretycznie moim zdaniem mogłam porozmawiać o wszystkim, więc wygarnęłam nie raz, co zrobił tata, jak on traktował mamę, ale oczywiście, to lepiej nie było zaczynać tematu, bo nasłuchałam się na siebie, że mi odbiło, że zwariowałam i że nie mogę tak mówić o tacie.*

System iluzji i zaprzeczeń pomiędzy matką Grażyny i jej uzależnionym od alkoholu mężem wciąż jest podtrzymywany przez rodzeństwo rozmówczyni, które twierdzi, że dorastało w dobrze funkcjonującym, niemającym problemów, systemie rodzinnym.

[Grażyna] *Nawet to, że jestem wariatką, to też słyszałam i od mamy i od taty, w sumie od większości rodzeństwa. Tylko na dzień dzisiejszy, tylko ja wiem, jestem świadoma, że jestem dorosłym dzieckiem alkoholika. No i oni sobie tak wszyscy wesoło w rodzince funkcjonują. A między ojcem i matką cicha wojna się kurna odbywa.*

Niektórzy moi rozmówcy, opisując aktualne relacje swoich rodziców ze sobą, wskazują, że **najczęściej mają one charakter powierzchowny, a oni sami mają wrażenie, że ich rodzice są ze sobą „z przyzwyczajenia", a nie dlatego, że się kochają i rzeczywiście chcą być ze sobą, ponieważ są sobie bliscy i dobrze im w tej relacji**. Z ich wypowiedzi wnioskuję, że rodzice wiedzą, czego mogą się po sobie spodziewać, czują się w tej relacji, jaka by ona nie była, bezpiecznie, dlatego ją podtrzymują.

[Krzysztof] *Przyzwyczajenie. Mama robi swoje, ojciec robi swoje, oboje są cały czas w domu, na emeryturze, jedno i drugie. Gdzieś tam ojciec wyjeżdża ze znajomymi, coś tam rozmawia, gada, wraca do domu. No, oni nauczyli się już ze sobą żyć. Koło siebie. Nie ze sobą, ale koło siebie.*

[Anita] *To wszystko bardzo dużo się zmienia. Może oni nie są dalej ze sobą myślę tak przyzwyczajeni. Być może troszeczkę więcej ze sobą rozmawiają, dzięki temu, że mama znalazła pracę, więc jakby mają o czym rozmawiać.*

Piotr wskazał, że aktualne **relacje między rodzicami również są powierzchowne i raczej ograniczają się do realizacji przez nich określonych zadań wynikających z przyjętych ról społecznych**. Podkreślił przy tym, że w jego przekonaniu matka oczekuje bliższej relacji ze swoim uzależnionym od alkoholu mężem, docenienia tego, co dla niego robi, jednak ten niekoniecznie jej to potrafi okazać. Wciąż okazuje dystans w relacji z nią.

[Piotr] *Generalnie mama, nie wiem, dzisiaj może trochę nie, dzisiaj trochę mniej, na przykład, jak mama zrobi obiad dobry, to tak bardzo oczekuje podziękowania, nie wiem, docenienia. Tata z tym raczej nie potrafi, raczej nie, raczej nie i generalnie trzeba się mu dopytać: >>czy smakowało ci?<<- >>tak<<. No, więc generalnie, to tyle, pod takim względem.*

„**Z psychologicznego punktu widzenia zachowanie osoby uzależnionej jest wynikiem jej niedojrzałej osobowości. (…) Osoby charakteryzujące się niedojrzałą osobowością mają duże trudności w radzeniu sobie z wszelkimi przeciwnościami życiowymi**" (M. Frąckowiak, M. Motyka 2015, s. 316).

Wspomniana niedojrzałość w sferze zachowań osoby uzależnionej od alkoholu została podkreślona w wypowiedzi Piotra, nawiązującej do aktualnego funkcjonowania ojca w relacji z matką badanego.

[Piotr] *Pamiętam taką scenę, gdy tata miał pójść do lekarza i okropnie źle się czuł, był ledwo przytomny, nie wiem, to był już początek moich studiów albo, nie wiem, koniec liceum i mama chciała bardzo z ojcem pójść, bo się bała, że zasłabnie i pamiętam, że tata zatrzasnął drzwi i powiedział, że nie. Więc*

później była o to, nie wiem, była tam ten, że nie wiem, nie może tak robić, pójść z nim, wchodzić razem z nim.

Sławek wskazał, że relacja między jego rodzicami nie zmieniła się znacznie, a on sam, mimo, że nie mieszka już z nimi, **bywa włączany w rodzinny trójkąt poprzez angażowanie go w kłótnie jego matki z mężem**. Uwzględniając specyfikę wikłania jednostki w trójkąt rodzinny, można przypuszczać, że między rodzicami mojego rozmówcy występuje silny poziom napięcia oraz stresu.

[Sławek] *Ja przypuszczam, moja mama ma chyba różne okresy, na mojego tatę, czasem może bardziej wkurzona na niego, a czasami mniej, czasami bardziej psioczy. Czasami potrafi mi przez telefon ponarzekać na niego albo powiedzieć, że tata coś tam znowu pije, ale mój tata* (wulgaryzm) *cały czas pije, to nie ma się co oszukiwać. Tylko może czasem mniej, czasem więcej, natomiast o tyle dobrze, dobrze, dobrze… że pije, nie robi grandy, nie kradnie. No, ale moja mama musi do mnie podzwonić, ponarzekać, pogadać, że mógłbym coś ojcu powiedzieć. Ale co ja* (wulgaryzm) *mam mu znowu mówić?*

Zdaniem mojego rozmówcy matce, w relacji z mężem, brakuje czułości, uwagi i zaangażowania.

[Sławek] *On po prostu przyjdzie, wypije, wróci do domu, usiądzie, położy się albo po prostu jest w tym stanie bardziej, większym lub mniejszym alkoholowym. Natomiast ich relacje. Między nimi, to są takie, że moja mama czasem jest po prostu wkurzona, jak nie ma z kim się tam podzielić, ponarzekać, bo ja myślę, że ona nie ma też za bardzo z kim pogadać, tak do końca, ona ma tam jakieś koleżanki, sąsiadki, natomiast chyba tego nie ma dużo.*

Z wypowiedzi moich rozmówców wnioskuję, że aktualne relacje ich rodziców ze sobą są poprawne (nie oznacza to, że charakteryzują się bliskością emocjonalną). Potrafią ze sobą rozmawiać i ustalać pewne **kwestie wymagające podjęcia określonych rozwiązań (w niektórych przypadkach decyzje wciąż podejmuje jedna ze stron). Tam, gdzie uznano, że osoba uzależniona boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu (niezależnie od tego, czy jest trzeźwym alkoholikiem, czy czynnym), relacje sprawiają wrażenie zdrowszych, nienacechowanych tak przemocą, czy to fizyczną, czy psychiczną**. W przypadku Grażyny, która wspominała o tym, że w jej rodzinie pochodzenia wyłącznie ona ma świadomość trudności, z jakimi boryka się jej ojciec, a nikt inny nie jest w stanie ich uznać, w relacji pomiędzy jej rodzicami wciąż występuje przemoc i niewiele wspomniana relacja się zmieniła od tej, którą utrzymywali, gdy moja rozmówczyni z nimi mieszkała.

8.2.6.2. Uwikłane relacje dorosłych dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia

Relacje z uzależnionym rodzicem

Jak wspomniałam w części metodologicznej pracy, moi rozmówcy są osobami, które miały do czynienia z jakąś formą terapii - albo grupowej, albo indywidualnej, albo jednej i drugiej. W konsekwencji mają świadomość tego, czym jest choroba, która dotknęła ich rodzica oraz dlaczego ten funkcjonuje w taki, a nie inny sposób. Mimo że w okresie dzieciństwa i adolescencji często wskazywali, że nie wiedzieli, że to, co robi ich uzależniony rodzic, nie jest czymś normatywnym w kontekście relacji rodzic - dziecko, o tyle będąc osobami dorosłymi w sposób bardziej efektywny potrafią stawiać mu granice i skonkretyzować, które zachowania będą przez nich aprobowane, a które nie. Co więcej, zmianie ulega rozkład sił w relacji uzależniony rodzic - dorosłe dziecko alkoholika. O ile w okresie dzieciństwa i adolescencji każde dziecko jest niemal całkowicie uzależnione od swoich rodziców, o tyle w okresie dorosłości samo decyduje o sobie i charakteryzuje go większa sprawczość i decyzyjność dotyczącą jego losu i (nie)chęci wchodzenia i utrzymywania określonych relacji - w tym relacji z rodzicami.

Badani podkreślali, że **ich uzależniony od alkoholu rodzic przestał regularnie pić w momencie, gdy któreś z dzieci opuściło dom rodzinny**. Tylko w przypadku rodzin Grażyny oraz Sławka, u których członkowie rodziny wciąż nie chcą uznać, że jeden z nich boryka się z problemem uzależnienia od alkoholu, ojcowie dokonują regularnej intoksykacji chemicznej.

O ile we wcześniejszych etapach rozwojowych większość moich rozmówców podkreślała dystans emocjonalny i występowanie przemocy w relacji ze swoim uzależnionym rodzicem, o tyle aktualnie większość z nich wskazuje na poprawne, a nawet bliższe z nim stosunki.

Anita wskazała, że **obecnie ojciec, z którym wcześniej wchodziła w wiele konfliktów, jest dla niej osobą bliższą, bowiem okazuje jej zainteresowanie i uwagę**.

[Anita] *Tata wsparł mnie przed moim wyjazdem, pomógł mi w kupnie laptopa, tego odpowiedniego, bo wcześniejszy przestał odpowiadać względem specyfikacji. Więc wspomógł mnie bardzo mocno i jestem mu za to wdzięczna, że na przykład się stara, dzwoni, pyta jak u mnie, więc to jest bardzo duża zmiana w stosunku do tego, co było kiedyś. Tata po prostu też zauważył, że nie jestem taka, jak mu się wydawało i może też na to wszystko spojrzeliśmy trzeźwym okiem. Spokojnym.*

Moja rozmówczyni podkreśliła, że zmiana postrzegania jej przez ojca spowodowała, że ten zmienił wobec niej stosunek, a tym samym ona również otworzyła się na relację z nim. Istotną przy tym rolę **odgrywa obopólna komunikacja i chęć wyjaśniania pojawiających się między nimi trudności, czego wcześniej nie było**.

[Anita] *Tata zaczął mnie inaczej postrzegać, jakby, inaczej na mnie patrzeć i ja zaczęłam inaczej patrzeć na tatę. Troszeczkę te relacje się zmieniły, troszkę, na bardziej pozytywną stronę, dojrzalszą, na pewno. On bardziej mnie rozumie, stara się bardziej mnie zrozumieć, a ja staram się bardziej zrozumieć jego. Czyli jest taka, jakby, wspólna komunikacja. Mimo jakichś kłótni, to rozmawiamy ze sobą częściej i współpracujemy ze sobą bardziej. Zdarzało mu się, jakby, przyłożyć fakt do tego, że coś tam robiłam w domu i to wszystko poszło w coraz bardziej pozytywną stronę.*

W jednym **aspekcie relacja mojej rozmówczyni z uzależnionym ojcem nie uległa zmianie- konfliktów, które wykazują się podobnym przebiegiem i dynamiką, co we wcześniejszych etapach rozwojowych badanej**.

[Anita] *Bardzo dynamicznie. O ile, jak właśnie mówię, z moim chłopakiem potrafimy być bardzo spokojni i tudzież akceptowalni ze sobą w kłótni, tak z moim ojcem potrafimy się wyzywać strasznie. I tylko i wyłącznie wobec niego potrafię użyć mocnych słów. Może dlatego, że po prostu, tak jak mówię, jest to pewne przerażenie z przeszłości, które bardzo mocno we mnie tkwi, więc jakoś to wszystko powoduje, że on mnie wyzywa, ja go wyzywam, nie bijemy się, na szczęście, ale są to kłótnie ostre, które zanikają, po pięciu/ sześciu dniach mija, ale nie odzywamy się do siebie, po jakimś czasie, to znaczy przez jakiś czas, bardzo mocne kłótnie.*

Podobnie o swojej relacji z uzależnionym ojcem opowiadał Adam. Wskazał, że obecnie jego ojciec znacznie ograniczył spożywanie alkoholu, przez co jest mu bliższy niż wcześniej.

[Adam] *Teraz, no, to myślę, że bardzo fajne mam relacje. Jak nie ma za bardzo tego alkoholu, czy tam sobie odpuścił na jakieś piwo, czy coś, nieważne, jest mi do niego bliżej.*

Konrad stwierdza, że **większą łatwość w relacji ze swoim uzależnionym od alkoholu ojcem ma po opuszczeniu przez niego gniazda rodzinnego i rozpoczęciu samodzielnego, dorosłego życia**. Z jego wypowiedzi wnioskuję, że omawiany dystans był na tyle bezpieczny, że Konrad mógł nawiązać z nim bliższą relację opartą na rozmowach o wspólnych zainteresowaniach i ewentualnych trudnościach mojego rozmówcy.

[Konrad] *Znaczy- dobre. To znaczy, po tym okresie, kiedy się wyprowadziłem, się dosyć zmieniło. Te codzienności mnie już nie dotyczyły, miałem łatwiejszy kontakt i też się troszkę rozmawiało, więc były przyjemniejsze i z ojcem mogłem porozmawiać na jakiś temat i się troszeczkę wyżalić, czy wypowiedzieć i mamie też potrafiłem jej coś tam powiedzieć, z czym się nie zgadzałem, więc to też się zmieniło. (...) Trochę na przykład, jeżeli chodzi o obecną sytuację, obsmarowałem moich współlokatorów, poczułem się też lepiej. Na temat pracy, na przykład, trochę więcej mu opowiadam, o zainteresowaniach i o jakiś książkach, czy o jakiś filmach i tak dalej, i tak dalej, czy na temat wyjazdów. Moi rodzice zaczęli troszeczkę więcej wyjeżdżać, od kiedy mieszkają sami, więc to też pod tym względem jest element zahaczenia się.*

Niektórzy moi rozmówcy podkreślali, że ich **kontakt z uzależnionym rodzicem jest powierzchowny**. Potrafią z nim porozmawiać na tematy neutralne, jednak nie nawiązują bliższej relacji rodzic - dorosłe dziecko.

[Adam] *Z tatą, to raczej o piłce nożnej, rozmawiam, gdzieś tam. Zadzwonimy do siebie, jak jestem w* (nazwa miasta) *i nie przyjeżdżam, to rozmawiamy, raz, dwa razy w tygodniu telefon jest do mamy: >>jak tam ojciec? Czy co, czy wypił, czy nie. Tak, co tam u was? Zdrowi?<< Nie wiem?: >>na jakiejś imprezie byliście?<<.*

[Piotr] *Z tatą nie ma jakiś tam kłótni. Czasami, tak jak powiedziałem, zwrócę na to uwagę, że tak było, a tak było, ale on ma obronę o to i gdzieś tego nie widzi.*

W literaturze przedmiotu dość często podkreśla się, że alkoholik, by podjął leczenie, musi sięgnąć tak zwanego „dna" - „wydaje się, że gdyby nie działanie coraz potężniejszego mechanizmu iluzji i zaprzeczania, cierpienie i wstyd z powodu szkodliwych konsekwencji picia alkoholu, byłoby zbyt ciężkie do uniesienia. Tak więc, mechanizm ten doraźnie zabezpiecza poczucie wartości i godności osobistej osoby uzależnionej. Często się o tym zapomina, oczekując w trakcie leczenia, że osoba uzależniona szybko i łatwo odrzuci tarczę ochraniającą ją bezpośrednio przed upadkiem na dno poczucia własnej nikczemności, bezwartościowości i poniżenia" (J. Mellibruda 1997, s. 292).

Jak wcześniej wspomniałam, ojcowie Grażyny oraz Sławka wciąż regularnie spożywają alkohol. Rozmówczyni podkreśliła, że jej aktualne relacje z ojcem nie zmieniły się znacząco, mimo iż opuściła dom rodzinny. Wskazała, że tylko dwukrotnie udało mu się z nią szczerze porozmawiać. Rozmowy te dotyczyły kwestii prywatnych - antykoncepcji i trudności z mężem. Gdy Grażyna opowiadała ojcu o relacjach z mężczyznami, ten nie okazał jej szacunku. W konsekwencji moja rozmówczyni zaprzestała jakiegokolwiek kontaktowania się z nim i podejmowania prób utrzymania tej relacji.

[Grażyna] *Oni i tak będą swoje widzieli, więc z tatą, w sumie, to nie rozmawiam w ogóle i to od wielu lat. A dlaczego? Bo tata, jak się zorientował, że miałam chłopaka na poważnie, to pierwszy raz w życiu porozmawiał ze mną, jak tata, inaczej były tylko wiecznie wąty. (...) Więc, z tatą w sumie nigdy nie rozmawiałam szczerze albo raczej nie ja z nim, on ze mną, bo to on jest moim tatą, a nie ja jego mamą. No i pierwszy raz się odezwał szczerze, że on mówi do mnie, a nie do wszystkich. To było, jak miałam dwadzieścia dwa lata, w sprawie antykoncepcji, żebyśmy się nie śpieszyli, bo jeszcze mamy czas. Dlaczego tak wcześnie i w ogóle i jeszcze nie zaczynajmy, bo nie ma się do czego śpieszyć. To była taka bardzo szczera rozmowa z tatą, pierwsza w sumie. A później... Później, jak mój mąż był po próbie samobójczej, w szpitalu, mój tato przyjechał na dwa dni do* (nazwa miasta), *pierwszy i ostatni raz mniemam. Dla swojego własnego sumienia przyjechał, nie dla mnie i na uszko, jak nikogo nie było przy mnie, żeby przypadkiem nikt nie uwierzył w to, co mówi, jakbym sobie chciała porozmawiać z siostrami,*

to mi też nie uwierzyły. Tatuś na uszko mi powiedział, że jakbym nie goniła za fiutami, to bym teraz nie miała tego problemu z mężem. Więc w tym momencie stwierdziłam, że przepraszam bardzo, ale (wulgaryzm)*, teraz ja powinnam się wyrzec ojca, a nie ojciec mnie. I od tamtej pory, jeżeli on chce do mnie łaskawie dzwonić, to najczęściej nie odbieram.*

Sławek również wskazał, że jego relacje z ojcem nie uległy znacznej zmianie. Wciąż nie potrafi okazać bliskości ani swojej matce, ani ojcu, mimo że w relacjach z innymi osobami takiej trudności nie wykazuje.

[Sławek] *Między nami relacje od dziesięciu lat się nie zmieniły. (...) Natomiast, kurczę, to nie jest żaden tak, jak wcześniej mówiłem, to nie jest żaden bliski, ciepły kontakt. Może ciepły, może,* (wulgaryzm)*, nie umiem nawet tego nazwać. Ja bym sobie życzył po prostu, naprawdę innego. Mówię, nawet jak się, to nie jest jakieś tam opisujące, ale jak my się spotykamy, to my się nawet tam nie tulimy witając. Ojcu tam podam rękę, mamie ostatnimi czasy też już po paru latach podaję, ale nie tulimy się. Ja w sumie, w gruncie rzeczy myślę, że bez problemu bym ją przytulił, ja też nie jestem taki do tulenia, żeby sprawa była jasna. Naprawdę, ja z ludźmi, ze znajomymi, z dziewczynami, z facetami nie ma problemu, żebym się przytulił, ale ja muszę mieć jakiś taki kontakt, bliskość, muszę lubić kogoś, jakaś ta relacja musi być.*

Sławek podkreślił, że w relacji z ojcem odczuwa złość, ponieważ ten nie potrafi okazać mu szczerego zainteresowania, którego mój rozmówca od niego oczekuje.

[Sławek] *Z tatą mam takie, jakie mam, właśnie, na zasadzie, teraz już, bo był taki okres, że ja regularnie przyjeżdżałem tam do nich, jak na przykład z Eweliną, ale ostatnimi czasy Ewelina tam nie jeździ, ale jak ja jadę, to mój tata teraz potrafi przyjść, usiąść, nawet nie gadać, tylko przyjść, usiąść. Ale kiedyś on po prostu przychodził, ja przyjeżdżałem i on nagle szedł do chlewika, na działkę, on zawsze miał coś do zrobienia.* (Wulgaryzm)*. No i w końcu mnie szlag trafił. To było z trzy lata temu, może dwa i pół, może dwa, jakoś tak, że ja w końcu powiedziałem mu o tym: >>No kurczę, tata, ja przyjeżdżam, a ty zawsze musisz wyjść, zawsze musisz do chlewika, nie macie stworów w tym chlewie, nic nie chowacie, a ty musisz wyjść<<.*

Po namowach matki, Sławek szczerze powiedział swojemu ojcu, że przeszkadza mu jego ciągła nieobecność. Ten (ojciec) odpowiedział, że ma trudność w nawiązaniu z nim relacji, podjęciu jakiejkolwiek rozmowy- **nie wie, w jaki sposób się z nim komunikować. Interakcja z własnym synem jest dla niego czymś, co generuje w nim lęk**.

[Sławek] *Mama, generalnie mówi: >>powiedz, powiedz!<<, jakoś uległem temu, ale mój ojciec pamięta to, nie wiem, czy matka mu to przypomniała, czy rzeczywiście pamiętał, że ta rozmowa była i teraz tak jest, że w każdym razie powiedziałem mu to, a on tam powiedział, że ucieka, bo on się boi, bo nie wie o czym z nami gadać, ze mną gadać, on nigdy ze mną nie gadał, za dzieciaka, nigdy nie było pytań i dociekań: >>Czemu tak? Czemu siak? Czemu słuchasz tego? Czemu się ubierasz tak? Czemu interesuje cię to? A czemu się interesujesz tym? A dlaczego robisz to? A czemu nie inaczej? A czemu tak*

a nie inaczej?<< i tak dalej. I nigdy nie było żadnych pytań z jego strony, odnośnie, nie wiem, czy tylko mnie, czy tej dwójki braci pozostałych.

W narracjach moich rozmówców, odnoszących się do kwestii ich aktualnych relacji z uzależnionym rodzicem, zauważam następujące tendencje w obrębie tej grupy:

- w tych rodzinach, w których choroba alkoholowa uzależnionego została uznana za problem, relacje pomiędzy moimi rozmówcami a rodzicem uzależnionym uległy poprawie - są w stanie z nim porozmawiać na różne tematy, podejmować dyskusje, niemniej jednak relacja ta nie jest relacją zażyłą;
- w tych rodzinach, w których choroba alkoholowa uzależnionego nie została uznana za problem, relacje między moimi rozmówcami a rodzicem uzależnionym albo nie uległy żadnej poprawie, albo uległy pogorszeniu;
- dystans fizyczny (wyprowadzenie się z domu rodzinnego) niektórych moich rozmówców wobec uzależnionego rodzica pozwolił im, w pewnym stopniu, zbliżyć się do niego emocjonalnie, nawiązać z nim jakąś formę relacji;
- niemal wszyscy moi rozmówcy wskazywali, że nawet jeżeli utrzymują poprawne stosunki ze swoim uzależnionym od alkoholu rodzicem, to nie potrafią nawiązać z nim prawdziwie bliskiej relacji opartej na zaufaniu i silnym emocjonalnym zaangażowaniu.

Relacje z nieuzależnionym rodzicem

Mąż/ żona osoby uzależnionej od alkoholu najczęściej ma tendencję do silnej koncentracji na problemie alkoholowym swojego partnera. Często zaniedbuje przy tym siebie i swoje potrzeby. Jak pisze Janet G. Woititz, zwracając się w swojej książce do żon alkoholików: „cały dzień jesteś pobudzona, ciągle spięta. Nie możesz spać. Nie odżywiasz się właściwie. Wyglądasz okropnie. Oddalasz się od swoich przyjaciół. Wrzeszczysz na swoje dzieci" (J. G. Woititz 1990, s. 25). Takie funkcjonowanie zwrotnie wpływa na relacje z dziećmi oraz ich stosunek wobec trzeźwego rodzica.

W rodzinach, w których spożywanie alkoholu przez uzależnionego rodzica nie zostało w żaden sposób zredukowane, także w życiu dorosłym moich rozmówców, relacja z niepijącym rodzicem nie uległa znacznej zmianie.

Alicja wskazała, że wciąż utrzymuje dystans wobec swojej matki, ponieważ ta zachowuje się w relacji ze swoją córką w sposób trudny do przewidzenia. Z jednej strony chce jej bliskości, z drugiej, gdy ją otrzymuje, odrzuca rozmówczynię.

[Alicja] *Matka działała bierno- agresywnie, co mnie właściwie… Zawsze miałam tą czujkę włączoną, że właściwie, to było takie, że ona mnie zapraszała, jakoś była miła, zapraszała mnie do siebie bliżej, po czym, jak podeszłam bliżej, to dostałam z liścia. Potem sobie wyobrażam, że to taki pająk, taki pająk*

(wulgaryzm) *na pajęczynie, co siedzi, jak zaświeci słońce, czyli wtedy, kiedy się robi fajnie, to nie widać pajęczyny, jak podejdę bliżej, to niestety w tą pajęczynę wpadam, bo jej nie widzę. I to mi pomogło też tyle, na ile mi się udało, bo nie zawsze mi się to udało, taki zachować zdrowy, w moim rozumieniu, zdrowy dystans i mniej pakować się w tą pajęczynę.*

W podobny sposób wobec swojej matki zachowuje się Grażyna. Zarówno gdy była dzieckiem/ nastolatką, tak i teraz, gdy jest dorosłą kobietą, stara się utrzymywać ją na dystans.

[Grażyna] *Z mamą ciągle tak samo, daleko. To ja, to tak raczej… Ja znów staram się trzymać ją na dystans.*

Jedynie Sławek, który zawsze wskazywał na to, że jego mama była dla niego bliską osobą, będąc dorosłym mężczyzną nadal utrzymuje z nią dobrą relację.

[Sławek] *Z mamą mam dobre relacje. Myślę, że mogę śmiało powiedzieć, że mam dobre i głównie z nią, niestety, gadam, jak jedziemy tam.*

Rozmówcy, u których **w rodzinie trudności związane z uzależnieniem od alkoholu rodzica zostały uznane przez wszystkich członków systemu, wskazywali na dobre kontakty ze swoim niepijącym rodzicem**.

Dla Konrada, dla którego matka była ważną i wspierającą osobą w okresie dzieciństwa i adolescencji, taką jest również wówczas, gdy ten dorósł i opuścił dom rodzinny.

[Konrad] *Z mamą też. Mama często się odzywa, więc też i daje znać, kiedy mogę z nią popisać, na jakiś temat, a więc, to więcej wychodzi z jej strony, niż z mojej. Też potrafię troszkę więcej jej opowiedzieć, może inaczej- z jej strony widzę większe zainteresowanie w tym wszystkim, niż ze strony ojca, więc to też skutkuje tym, że troszkę więcej jej opowiadam, niż tacie.*

Podobnie sytuacja wygląda u Piotra.

[Piotr] *Te relacje powiem, że są dobre, naprawdę dobre. Znaczy, generalnie pamiętam, że tata do dzisiaj ma, jakieś tam, obrony, jeżeli chodzi o to, żeby przyznać się, że tak było. Mama, wiemy, jak było... (...) Z mamą wciąż mogę porozmawiać i jej coś tam powiedzieć.*

W przypadku niektórych rozmówców ich uzależniony od alkoholu rodzic zmarł, a nieuzależniony rodzic wszedł w relację z innym partnerem bądź pozostał samotny. Klaudia wskazała, że **od śmierci ojca doświadcza spokoju w domu rodzinnym, również w relacji z matką**.

[Klaudia] *Ale relacje mam bardzo dobre i z dziadkami teraz, którzy są już bardzo wiekowi. Dziadek ma dziewięćdziesiąt jeden lat w tym roku, babcia ma osiemdziesiąt pięć. Moja mama, no cały czas, gdzieś tam, zmaga się z depresją, z nerwicą i tak- zmaga się. Z tym jej zmaganiem, to też wiesz. Dwa lata temu miała kolejny kryzys, była też w szpitalu psychiatrycznym przez dwa miesiące. Tak sobie żyjemy, ale dosyć spokojnie. Najgorsze za nami i teraz mamy chyba takie normalne... Więcej przynajmniej takich normalnych, codziennych problemów. O! W związku z tym, że, nie wiem, mama jest chora, czy, że na*

przykład, nie wiem, problem pod tytułem, że mama została sama i teraz się zastanawiamy, jak to zrobić, żeby sama nie była, jak to sobie wszystko poukładać. Ale ze spokojem, bez lęku, że zaraz będzie awantura w domu, bo jej nie będzie. Z tym, że dziadkowie są coraz starsi i też wymagają jakiejś pomocy. Takie normalne, powiedziałabym, problemy.

Ula podkreśliła, że jej relacje z nieuzależnioną matką, która aktualnie jest w nowym związku, są bliższe. Uległy one polepszeniu przede wszystkim w momencie, gdy wspólnie podjęły odpowiedzialną i wiążącą decyzję dotyczącą adopcji psa ze schroniska. Ich wspólne zainteresowania związane ze zwierzętami zbliżyły je do siebie. Ponadto Ula, podobnie jak Klaudia, wskazała, że będąc obecnie w relacji z matką, **jest spokojniejsza, ponieważ czuje się w niej bezpieczniej**.

[Ula] *A też jest fajne to, że u mamy jest taki teren, że jak jadę z synem, to może się tam wybiegać, iść sobie na dwór, bez niczego. Czyli z mamą mam coraz lepsze relacje, a najbardziej te relacje poprawił fakt, że razem wzięłyśmy psa ze schroniska. Moja mama jest po prostu, no za zwierzętami, ma tam w domu pełno kotów, bo się okociła jedna, którą wzięła tylko na chwilkę, trzy kotki porodziła, więc ja też poczułam, że jak psina pierwsze dni u nas dziwnie się zachowywała, to ja tam mogłam do mamy zadzwonić, pogadać o tym i to taki neutralny temat, ale tak mam wrażenie, że taka jakaś nić porozumienia jest między nami i teraz naprawdę nie zdarzało się, że jak jechałam do* (nazwa miasta)*, to spałam u siostry. Nigdy u mamy. Ostatnio śpię u mamy. Więc, no, to o czymś świadczy. Jakoś tak się lepiej czuję, spokojniej.*

Katarzyna również podkreśliła, że jej relacje z nieuzależnionym ojcem były zawsze dobre i takie pozostały do dzisiejszego dnia. Był on, i nadal jest, dla niej wsparciem. Nigdy jej nie odrzucił emocjonalnie i zawsze służył dobrym słowem.

[Katarzyna] *On mnie akceptował zawsze. On się cieszy ze wszystkiego, co mi się uda. (...) I dzwoni tato i mówi: >>co z tym łóżkiem?<<. A ja mówię: >>tato, no słuchaj, super historia, Krzysiek je złoży, ty wiesz, że on umie i tak dalej<<, a tata >>jak się cieszę, że ty masz takie szczęście do ludzi<<.*

„Zwykle więź Dorosłych Dzieci Alkoholików z rodzicami jest bardzo silna, choć kontakty nie zawsze układają się dobrze. Najczęściej DDA skarżą się, że tak naprawdę nie potrafią rozmawiać z matką czy z ojcem" (M. Kucińska 2002, s. 42). Jak wynika z narracji moich rozmówców, **w domach, w których alkoholizm nie został uznany za chorobę rodzinną, relacje pomiędzy nimi a ich nieuzależnionymi rodzicami nie uległy znaczącej zmianie - jeśli ich relacja była zdystansowana, taka pozostała, jeśli z kolei od samego początku była bliska, również pozostała bliska, gdy ci stali się osobami dorosłymi**.

W przypadku niektórych rozmówców ich uzależniony od alkoholu rodzic nie podjął abstynencji aż do końca swojego życia, ale po jego śmierci ich relacje z nieuzależnionym rodzicem uległy zmianie. Jak sami podkreślili, w kontakcie z nim odczuwają mniej stresu, są

w stanie bardziej się do niego zbliżyć również dzięki dostrzeżeniu łączących ich zainteresowań. Zmiana w systemie rodzinny spowodowana nieobecnością osoby generującej w stres (uzależnionego), spowodowała zmianę relacji pomiędzy członkami systemu i wpłynęła na ich samopoczucie.

Z wyżej przytoczonych narracji wynika, jak istotną rolę, w przypadku rodzin alkoholowych, odgrywa **uznanie przez ich członków za problem trudności, z jakimi boryka się uzależniony oraz, że zmiana w funkcjonowaniu chorego zwrotnie, w sposób znaczący, wpływa na relacje pozostałych członków rodziny ze sobą, którzy, chociaż w jakimś stopniu rezygnują z odgrywanych ról, powtarzania pewnych schematów zachowań określanych przez Petera Steinglassa jako zachowania regulacyjne w systemie alkoholowym. Ponadto tam, gdzie alkohol towarzyszył uzależnionemu do końca jego życia, wraz z jego śmiercią - czyli nieobecnością - kształt relacji pomiędzy nieuzależnionym rodzicem i dzieckiem uległ znacznemu polepszeniu**.

Symbioza w relacjach z rodzicami

Relacje z rodzicami mają szczególnie silny wpływ na sposób funkcjonowania dziecka, adolescenta, ale nie pozostają także bez wpływu na specyfikę funkcjonowania osoby dorosłej w interakcji z innymi osobami, nawet jeśli ta opuści dom rodzinny i rozpocznie samodzielne życie. W rodzinie alkoholowej każde zakłócenie równowagi w ramach jej systemu jest dla jej funkcjonowania znaczącym zagrożeniem. Takim zagrożeniem może być opuszczenie przez młodego dorosłego swojej rodziny, tzw. opuszczenie rodzinnego gniazda. Taka sytuacja powinna wymusić „wzmocnienie się diady małżeńskiej kosztem podsystemów rodzice - dziecko lub jeden z rodziców - dziecko. Nie jest to proste, ponieważ poprzednie lata życia rodziny charakteryzowały się, z jednej strony, koncentracją systemu rodzinnego na dziecku, z drugiej zaś na pracy zawodowej rodziców, co mogło wpływać na osłabienie diady małżeńskiej, zwłaszcza w obliczu często powstających koalicji rodzic - jedno z dzieci. Równocześnie emocjonalnemu wzmocnieniu diady rodzicielskiej musi towarzyszyć rozluźnienie granic wokół podsystemu rodziców, przyzwolenie na lepszą, bardziej otwartą komunikację z nastolatkiem” (A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska 2010, s. 81-82). Wymaga to wdrożenia wielu istotnych zmian w funkcjonowaniu rodziny, a w przypadku rodziny alkoholowej, w której przeważają siły morfostatyczne na rzecz morfogenetycznych, może stanowić zagrożenie, a nie okazję do rozwoju.

Ważną rolę w rodzinie alkoholowej, w kontekście utrzymania jej granic wewnętrznych oraz zewnętrznych, **odgrywa kontrola**. Gdy dorosłe dziecko alkoholika opuszcza swój rodzinny dom, może to wywołać duże poczucie lęku w jego rodzicach. „Strach, że nie będą

dłużej potrzebni, skłania wielu kontrolujących rodziców do ciągłego wzmacniania poczucia bezsilności w swoich dzieciach. Ci rodzice odczuwają niezdrowy strach przed >>syndromem pustego gniazda<<, czyli nieuchronnym poczuciem straty, którego doświadczają wszyscy rodzice, kiedy dzieci ostatecznie opuszczają ich dom. Osobowość kontrolujących rodziców jest tak ściśle związana z rolą rodzicielską, że kiedy dziecko staje się niezależne, czują się zdradzeni i opuszczeni" (S. Forward 2016, s. 61).

Takie próby kontroli podejmuje nieustannie mama Grażyny, mimo że jej córka już dawno założyła własną rodzinę i prowadzi dorosłe, samodzielne życie.

[Grażyna] *Na dzień dzisiejszy mama mnie* (wulgaryzm będący synonimem słowa: zdenerwowała). *No po prostu, jeżeli wydzwania mi dziesięć razy na Skype, trzy razy na telefon, jadę do szkoły na rowerze z córką, telefon mam w plecaku, później idę do szkoły, jestem w szkole, po szkole przyjeżdżam do domu, to albo się wykąpać albo się kurde pouczyć: >>No przecież od dwunastej nic nie robisz<< i to ta, co miała pięcioro dzieci i ty nic nie robisz. Dobra, spoko. Nie będę tłumaczyć, bo już ile można. Więc z mamą i tatą są kontakty ograniczone. Wielokrotnie próbowałam stawiać im granicę, ale to sobie mogę.*

Jak wspomniałam wcześniej, granice wewnętrzne w rodzinie alkoholowej często są niejasne, a poszczególni jej członkowie mają trudność w zaakceptowaniu autonomii i odrębności drugiej osoby. Piotr, nawet będąc dorosłym mężczyzną, był tak silnie (możliwe, że symbiotycznie) uwikłany w relację ze swoją matką, że pozwalał siebie infantylizować do czasu, dopóki nie rozpoczął terapii i nie zauważył, że postępowanie jego matki nie jest dla niego konstruktywne.

[Piotr] *Dopiero teraz, dzięki terapii jakoś czuję, że jest lepiej, w tym sensie, że nie mam takiego nacisku, że masz wrócić o dwudziestej do domu, a przecież jestem dorosły. Znaczy, ja naprawdę zacząłem imprezować, dzięki terapii. To jest trochę późno.*

„W destrukcyjnych symbiozach silniejsi tak naprawdę nie widzą słabszych, nie potrafią i nie chcą dostrzec ich ludzkich potrzeb i dążeń. Starają się ich przejrzeć i wykorzystać do własnych celów. Słabszy ma funkcjonować tak, jak chce tego silniejszy. Dlatego w symbiozach destruktywnych obecna jest zawsze agresja, która ma zapobiegać relacji zależności" (F. Ruppert 2012, s. 68). W niektórych rodzinach może dochodzić do wzbudzania w dzieciach różnych emocji, by wiązać je ze sobą[158] i uniemożliwić całkowite ich usamodzielnienie.

[158] W przypadku Alicji, jak wynika z jej narracji, można domniemywać, że między nią a matką doszło do **wiązania w płaszczyźnie lojalności** (A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska 2010, s. 86). Zob. także: A. Siewierska, J. Śliwczyńska, M. Misiec, I. Namysłowska (2010). *Więzi czy wiązania- przebieg procesu separacji międzypokoleniowej w rodzinach dorastającej młodzieży* [w:] Tryjarska B. (red.). *Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Mama Alicji miała silny wpływ na jej życie, nawet gdy ta już opuściła dom rodzinny. Próbowała usilnie **utrzymywać symbiozę ze swoją córką poprzez wywieranie na niej presji i wzbudzanie poczucia winy za jej opuszczenie**.

[Alicja] *No, że ja przykładam palec, do jej trumny, na przykład, bo wyjechałam. (...) Że ja ją niszczę. Więc powiedziałam jej: >>Czy Ty, przepraszam, usłyszałaś, co przed chwilą powiedziałaś?<<. (...) Przez telefon akurat to było. Powiedziałam, że mnie zaatakowała emocjonalnie. Więc od razu, oczywiście, odwróciła kota ogonem. To były też takie, właśnie, że tak nie było. Że takie... Taka, duża sprawczość była, że przykładam tutaj gwóźdź do trumny. Do jej śmierci, przepraszam. Więc jej powiedziałam, że nie odpowiadam za jej stan zdrowia i samopoczucia. I absolutnie nie biorę na siebie takiej odpowiedzialności. Natomiast, to był taki czas, takiego właściwie przepychania się trochę. Ojciec też, tak trochę, jakby miałam wrażenie, zaczął stawać po stronie mamy, że to ja jestem ta zła. Taka niegodziwa jestem teraz i tak dalej. Ja tam rzadko byłam, powiem szczerze. Natomiast, przez pierwsze, jak się wyprowadziłam, to przez długi czas moja matka próbowała jakoś wzbudzić we mnie poczucie winy, że ją zostawiłam.*

Podobnie zachowywała się mama Damiana, która chciała silnie ingerować w jego dorosłe życie i sferę prywatną.

[Damian] *Tam była, przez pewien czas, na mnie zła, przez rozwód. I ona też tak widzi, że jeśli chodzi o pracę, to tak nie do końca robię tak, jak powinienem. No mówi, że mam więcej jeździć, tam po tych klientach, czy zrobić to, siamto, czy owamto. Czasami też wspomina, że jaka to chora jest i że skoro jestem sam to mógłbym się nią zająć. No, tak to wygląda.*

Z wypowiedzi niektórych moich rozmówców wynika, że fakt fizycznego opuszczenia przez nich domu rodzinnego niekoniecznie korelował z ich emocjonalnym zdystansowaniem wobec rodziców, którzy wciąż mają silny wpływ na ich codzienne funkcjonowanie i próbują utrzymać ich funkcjonowanie w określonych rolach rodzinnych i w roli wychowywanego dziecka. Może to wskazywać na chęć podtrzymania *status quo* systemu rodzinnego. Niewątpliwie takie funkcjonowanie wpływa na ich stan emocjonalny i samopoczucie w relacjach rodzic - dorosłe dziecko.

8.2.6.3. Aktualne samopoczucie dorosłych dzieci alkoholików w rodzinie pochodzenia

Mimo że dorosły człowiek opuszcza dom rodzinny i żyje w innym środowisku społecznym, wracając ponownie do rodziny pochodzenia, pewne schematy postępowania czy uczucia mu towarzyszące kiedyś mogą powrócić ze zdwojoną siłą. „Ogół doświadczeń, zawartych w traumatyzujących wspomnieniach, które wciąż budzą żywe emocje, jest odpowiedzialny za nasze nastawienie emocjonalne. Psychika zresztą nie dostrzega upływu czasu pomiędzy traumatycznym zdarzeniem a chwilą obecną, jakby była zawieszona w czasie

– mózg >>czyta<< je, jak gdyby traumatyczne zdarzenie działo się aktualnie" (A. Radny 2009-2011, s. 109).

Grażyna podkreśliła, że dominującym uczuciem, które towarzyszy jej gdy ta przebywa w domu rodzinnym jest **złość, która wynika przede wszystkim z faktu niedostrzegania przez jej rodziców problemu alkoholowego w domu oraz wmawiania jej, że ma problemy natury psychiatrycznej, że to ona powinna szukać pomocy dla siebie, a nie oni**. Można wywnioskować, że Grażynę najbardziej irytuje fakt podtrzymywania przez jej najbliższych **systemu iluzji i zaprzeczania**.

[Grażyna] *Chyba złość i to jeszcze połączona z agresją. Co ci* (wulgaryzm) *nie zrobił. On* (ojciec) *mi tam młotkiem do głowy nawbijał, gdzie ja kurde od kilku lat na terapię chodzę, jeszcze mi chodzą po głowie jego głupie zasady, dosłownie. I jeszcze będą wmawiać, że to ja mam bziu w głowie.*

Sławek podkreślił, że najczęstszym uczuciem, którego doświadcza w rodzinie pochodzenia, jest **żal wobec rodziców o to, że ich relacje nigdy nie były, i wciąż nie są, bliskie**.

[Sławek] *Mam taki trochę żal, że to wszystko jest tak, jak jest, że te nasze stosunki są takie, jakie są, może nie zimne, chociaż nie wiem, jak to nazwać. Są takie nijakie, może także ze strony ojca, z mamy, no trochę inne, ale to też takie wiesz.*

Mój rozmówca kontynuując swoją wypowiedź, podkreślił, że bywa także **zły i smutny na swoich rodziców o to, że nie potrafią emocjonalnie zaangażować się w relację z nim, okazać mu większego zainteresowania**.

[Sławek] *Mi jest zazwyczaj przykro, że ja mam w ogóle świadomość, że mogę ich stracić, jak tam jadę, siedzę dwie, trzy godziny i jestem już* (wulgaryzm symbolizujący- „zdenerwowany"/ „poirytowany"), *to samo prawie non stop gadają. Wiesz, jedziemy po dwóch, trzech miesiącach, cały czas o jednej, tak naprawdę, rzeczy ciągle się słyszy. I mam takie poczucie, takiego stanu, że zaraz ich stracę, bo nie wiem, bo umrą, ale oczywiście niech żyją, jak najdłużej, ale, nie wiem, dziesięć, piętnaście lat, mój tata w tym stanie, swoim zdrowotnym i alkoholowym.*

Sławek twierdzi, że jego relacje z rodzicami są bardzo zdystansowane, nienacechowane emocjonalnie. Uważa, że mogłoby się to zmienić, gdyby ci uznali, że w ich rodzinie jest problem alkoholowy. Mój rozmówca, próbując zburzyć homeostazę rodzinną poprzez podejmowanie rozmów z rodzicami na temat problemu uzależnienia jego ojca zauważa, że ci natychmiast zaprzeczają wspomnianej trudności albo unikają konwersacji.

[Sławek] *Ale jakoś cały czas mam takie poczucie, poczucie, ja już to wiem, że taka rodzina, byliśmy rodziną, ale taką* (wulgaryzm)*, nie wiem, na odległość. Przykro mi jest, że nie ma takiego fajnego, jakiś relacji, takich fajnych i że nie wiem, przyjedziesz, możesz pogadać, też to nie musi być zawsze rozmowa mega ważna, o nie wiadomo jakich tam rzeczach. Absolutnie, nie o to chodzi, ale to nie dość, że tam u*

nich te tematy są powtarzane, po drugie, tak, jakby nie było o czym gadać i to jest takie trochę smutne dla mnie. Ja kiedyś w ogóle starałem się, z dwa razy, jak u nich byłem, jakieś takie tematy nawiązywać, na zasadzie, wiesz, mówię: >>jak wy w ogóle to postrzegacie, że jesteśmy rodziną, ja jestem waszym synem, wy jesteście moimi rodzicami, ale mamy kontakt taki, jaki mamy. Czy widzicie jakiś problem?<<. Kurczę, albo, żeby coś zmienić, coś zrobić, żeby zmienić, nie wiem pogadać o jakiś rzeczach, co się stało albo, no nie wiem. Chciałem ruszyć jakiś temat, jakąś taką rozmowę inną niż zazwyczaj, ale to też jakoś się nie sprawdziło. W ogóle, byli zdziwieni, że ja coś takiego ruszam, że taki pomysł. No albo zmieniają temat. To może tak z dwa razy.

O poczuciu dystansu w kontakcie z rodzicami i swego rodzaju nienaturalności mówił Damian.

[Damian] *Czuję się ok. Ja tam byłem taki... Gdzieś tam, w dzieciństwie, bałem się jej, potem też trochę i potem też, bo jakby miała jakieś swoje zdanie na różne tematy i kłótnie były o to, czy o tamto. Myślę, że mogłoby to jakoś lepiej wyglądać, jak to zwał, żeby to było bardziej takie naturalne, czy coś w tym stylu.*

Zarówno złość Grażyny, jak również **złość, smutek oraz żal Sławka wynikają z faktu, że oni sami rozpoczęli pracę nad sobą, swoimi trudnościami i znacznie lepiej rozumieją to, z jakim problemem boryka się ich rodzina pochodzenia. Ich rodzice nie chcą jednak tego uznać i przyjąć. Dlatego w kontakcie z nimi, mimo że już nie deklarują doświadczania strachu, pojawiają się wymienione wcześniej uczucia**.

W przypadku Piotra, u którego w rodzinie problem alkoholowy został uznany, mimo, że jego ojciec wciąż spożywa sporadycznie niewielkie ilości alkoholu, nastąpiło polepszenie jego samopoczucia w rodzinie. Z pewnością przyczyniła się do tego także terapia, na którą uczęszcza.

[Piotr] *Znaczy, powiem tak, że generalnie... Ja znacznie zmieniłem swoje postępowanie, takie postrzeganie niektórych kwestii, w relacjach z rodzicami. To wynik na pewno terapii, że też zauważyłem, że muszę inaczej i oni* (rodzice)*, też zaczęli mnie inaczej traktować, stąd lepiej mi jest już w domu.*

Konrad, którego ojciec **jest trzeźwym alkoholikiem i poddał się leczeniu, wskazał, że dobrze czuje się w kontakcie z rodzicami, niemniej jednak czasami brakuje mu ich uwagi**. Jak sam wskazał, jego sporadyczna alienacja wynika z faktu wyprowadzenia się z domu, koncentracji na swoim życiu i rozbieżności oczekiwań względem swojego przyszłego funkcjonowania z oczekiwaniami, jakie mają wobec niego rodzice.

[Konrad] *I czuję się dobrze, trochę wyalienowany jednak, mimo wszystko, bo jednak mam tu swoje życie, wyczuwam, że mam inne cele, inne zainteresowania, w stosunku do moich rodziców. Czasami może trochę więcej atencji, ze strony ich bym potrzebował, no, ale jest ok.*

W życiu rozmówców, których uzależniony od alkoholu rodzic nie żyje, nastał wewnętrzny spokój.

[Klaudia] *Bo mówiłam cały czas w czasie przeszłym, nie? Tata nie żyje dziewięć lat, w* (nazwa miesiąca) *będzie dziewięć lat, jak zmarł. No, to zmieniło wszystko, tak naprawdę, nie. No, bo jakby nastał w domu spokój.*

[Ula] *Mój tata już kilka lat nie żyje, ale… Tak no, faktycznie, że jakoś tak jestem spokojniejsza. Może to dziwnie zabrzmi, ale tak. Jak jestem teraz w domu, to nie czuję już tego, takiego tu* (wskazanie okolicy serca) *ścisku w środku, takiego jakiegoś, no strach, to za dużo powiedziane, ale jakiegoś niepokoju mimo wszystko.*

* * *

Opuszczenie rodzinnego gniazda przez dorosłe dzieci alkoholików nie powoduje zniknięcia trudności, z jakimi się borykali we wcześniejszych etapach rozwojowych. Również ich relacje z rodzicami, mimo, że rzadsze, wciąż w pewnym stopniu wpływają na sposób ich funkcjonowania. Stąd tak ważne wydało mi się poruszenie tego wątku w swojej pracy.

Jednym z obszarów rozważań, na który zwróciłam uwagę, dotyczył aktualnie przebiegających relacji w diadzie małżeńskiej osoby uzależnionej od alkoholu z partnerem. Jest to istotne, ponieważ rodzina jest „specyficznym środowiskiem twórczego bycia ze sobą jej członków, miejscem relacji interpersonalnych i więzi, które wywierają niezatarty wpływ na osoby, które ją tworzą. W tym kontekście wagi nabierają poszczególne właściwości systemu rodzinnego, wśród których kluczowe znaczenie wiąże się z procesem kształtowania się ról. Proces ten, będąc nieodłącznym elementem życia rodzinnego, obejmuje nie tylko relacje zachodzące pomiędzy członkami rodziny, ale również ich doświadczenia osobiste i tradycje wyniesione z rodzin pochodzenia" (A. Śniegulska 2016, s. 156).

W przypadku jednego z moich rozmówców, **ojciec podjął leczenie i aktualnie jest trzeźwym alkoholikiem. Specyficzne zachowania osoby uzależnionej od alkoholu, takie jak akty zazdrości czy paranoja alkoholowa, przestały mieć miejsce, a dom stał się przez to spokojniejszy i mniej konfliktowy**. Mimo to pewne **sztampowe zachowania uzależnionego i jego funkcjonowanie w relacji z żoną nie uległy zmianie**. Nadal pozostaje osobą bardziej bierną w podejmowaniu ważnych decyzji dotyczących życia rodzinnego na rzecz większej aktywności jego żony.

U pozostałych rozmówców ich **uzależniony od alkoholu rodzic albo już nie żyje, albo jest osobą, która sporadycznie spożywa alkohol (okazjonalnie z tego powodu, że bariery zdrowotne znacznie ograniczają możliwość intoksykacji chemicznej)**. W rezultacie relacje pomiędzy ich rodzicami **nie uległy znaczącej zmianie. Wciąż zauważalna jest przemoc**

fizyczna i/ lub psychiczna oraz podtrzymywanie zachowań regulacyjnych systemu alkoholowego. Takie funkcjonowanie osoby uzależnionej w diadzie małżeńskiej spowodowało oddalenie się niektórych moich rozmówców od pijącego, jak i niepijącego rodzica. W ich narracjach podkreślany jest dystans emocjonalny i fizyczny wobec niego/ nich (np. rzadkie odwiedzanie rodziny pochodzenia). Bywa on pogłębiany w konsekwencji dychotomicznego postrzegania trudności rodziny - moi rozmówcy dostrzegli problem rodzica, nazwali go i starają się funkcjonować inaczej, konstruktywniej dla siebie samych. **Niemniej jednak niektórzy członkowie rodziny nie uznają takiej trudności, wciąż podtrzymują system zaprzeczeń i iluzji. Powoduje to izolowanie moich rozmówców z systemu rodzinnego**. Można postawić hipotezę, że ich **dostrzeżenie problemu, próba przeforsowania systemu zaprzeczeń i iluzji generuje lęk w rodzinie pochodzenia, stąd jej członkowie dystansują się wobec moich rozmówców.** Jeżeli dochodzi do spotkań wszystkich członków rodziny, najczęściej są one powierzchowne. Polegają na wymianie informacji dotyczących aktualnego ich funkcjonowania, jednak panuje w nich chłód emocjonalny i trudność z bliskością.

Należy podkreślić, że w drugiej grupie znajdują się ci rozmówcy, którzy wskazują na bliższą relację indywidualną z uzależnionym rodzicem aniżeli wcześniej. Podkreślali przy tym, że **istotne jest zaprzestanie, bądź znaczne ograniczenie, spożywania przez niego alkoholu, a w konsekwencji zmiana w zachowaniu - większe zainteresowanie i możliwość porozmawiania na temat różnych kwestii**.

Podobnie prezentuje się relacja moich rozmówców z **niepijącym rodzicem**. Zauważalna jest swego rodzaju **zależność pomiędzy dostrzeżeniem problemu uzależnienia od alkoholu członka rodziny, bądź jego ciągła obecność w systemie rodzinnym, a ich bliskością z nieuzależnionym rodzicem**. Jedynie jeden z rozmówców podkreślił, że jego relacje z matką nie uległy zmianie na gorsze, bowiem zawsze były bliskie. W przypadku tych osób, u których niepijący rodzic rozstał się z uzależnionym bądź wszedł w nowy związek, relacja z nim stała się bliższa, np. dzięki dostrzeżeniu i dzieleniu wspólnych zainteresowań, co wcześniej nie było możliwe.

Aktualne relacje wewnątrzrodzinne dorosłych dzieci alkoholików odgrywają istotną rolę w sposobie ich funkcjonowania na co dzień i w podejmowaniu ważnych decyzji życiowych. Jak wskazują moi rozmówcy, najczęściej **tam, gdzie w rodzinie wciąż istnieje problem alkoholowy i niechęć wobec jakichkolwiek zmian, rodzice wciąż próbują wywierać destrukcyjny wpływ na ich funkcjonowanie**. Najczęściej realizowany był przez podejmowanie prób podtrzymywania symbiotycznej relacji i/ lub stosowania szantażu emocjonalnego, by usilnie podtrzymać uwikłaną relację.

Scharakteryzowane wyżej aktualne funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików w domu rodzinnym oraz w relacji z rodzicami znacząco wpływa na ich samopoczucie w rodzinie pochodzenia. **Najczęściej towarzyszącymi im uczuciami są: złość, żal, smutek**. Dotyczy to rodzin, w których problem uzależnienia od alkoholu nie został uznany przez ich członków. W przypadku rodzin, w których uzależniony rozpoczął terapię bądź znacznie ograniczył intoksykację chemiczną i problem uzależnienia został zauważony, nastąpiła poprawa samopoczucia rozmówców w rodzinie pochodzenia.

Taka sytuacja również ma miejsce w przypadku tych dorosłych dzieci alkoholików, u których uzależniony rodzic jest nieobecny z powodu śmierci. Podkreślali oni przy tym pojawiające się uczucie ulgi i spokoju.

Jak wskazują narracje dorosłych dzieci alkoholików, aktualne funkcjonowanie rodziny pochodzenia, a konkretniej uznanie przez jej członków istnienia problemu alkoholowego, ma istotne znaczenie dla jakości ich relacji z rodzicami i samopoczucie. **Gdy system alkoholowy funkcjonuje, podtrzymując wciąż zachowania regulacyjne, system iluzji i zaprzeczenia, zachowania moich rozmówców, będących w trakcie terapii lub po jej zakończeniu, nie są kompatybilne z funkcjonowaniem całego systemu alkoholowego**. W rezultacie dochodzi do ich dystansowania, bądź izolowania, przez pozostałych jego członków albo oziębłości i braku bliskości w kontaktach. Gdy jednak rodzina uzna problem, wówczas omawiane relacje są bliższe i mniej powierzchowne.

8.2.7. (Nie)radzenie sobie ze stresem dorosłych dzieci alkoholików

Dorosłe dzieci alkoholików w swoim życiu doświadczyły wielu sytuacji stresujących, zwłaszcza w przestrzeni systemu rodzinnego. „**Rodziny z problemem alkoholowym odznaczają się pewną specyfiką funkcjonowania, która, między innymi, jest związana zarówno z powtarzającym się, jak i incydentalnym stresem. Dzieci alkoholików stanowią grupę podwyższonego ryzyka stykania się ze zdarzeniami stresowymi o różnym charakterze oraz ich doświadczania - od uciążliwości życia codziennego do zdarzeń traumatycznych**" (L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska 2016, s. 99). Dlatego będąc osobami dorosłymi wielokrotnie miały do czynienia z trudnymi sytuacjami i wypracowały sobie swój własny sposób (nie)radzenia sobie z napotkanymi przez nie trudnościami.

Pisząc o problematyce **radzenia sobie ze stresem należy podkreślić, że nie jest ono zjawiskiem niezmiennym, ale dynamicznym, „stanowi proces obejmujący całość wysiłków człowieka zmierzających do poradzenia sobie z daną sytuacją**" (A. Potocka, A. Mościcka 2011, s. 380). Tak, jak człowiek nabywa doświadczenia w toku życia, zmienia się, rozwija, tak i jego sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi mogąc ulegać zmianom.

Dla niektórych moich rozmówców istotną rolę w radzeniu sobie ze stresem i trudnościami odgrywa „**aspekt społeczny radzenia sobie, w ramach którego może być rozważane pozyskiwanie wsparcia społecznego**" (I. Heszen 2013, s. 76). Anita, która będąc dzieckiem, stosowała raczej strategię radzenia sobie ukierunkowaną na emocje, wskazała, że aktualnie istotną rolę odgrywa jej relacja z przyjaciółką, z którą zawsze poszukuje kontaktu, gdy jest w trudnej sytuacji i doświadcza stresu. **Nauczyła się również mówić o doświadczanych trudnościach**.

[Anita] *Ja zaczęłam rozmawiać z kimś o tym stresie. Więc zaczęłam z nią rozmawiać, zaczęłam się przed nią otwierać i to na niej się dużo nauczyłam. Starałam się jak najbardziej na nią otworzyć. Natomiast, to właśnie był ten stres, jakby rozładowywałam na rozmowach z nią, nie na tyle, żeby tylko rozmawiałam z nią, co się dzieje, że się źle czuję i tym podobne. Ona jakoś tam na swój sposób próbowała mi pomóc i to jest też dla mnie radzenie sobie ze stresem. Rozmowa z kimś.*

Podobnie Krystyna wskazała, że obecnie będąc w trudnej sytuacji, poszukuje wsparcia ze strony najbliższych osób. W podobny sposób radziła sobie w przeszłości z trudnościami edukacyjnymi.

[Krystyna] *No ostatnio, jak sobie właśnie skręciłam nogę na nartach, to wpierw, no to oczywiście wsparcie znajomych, zdecydowanie- przyjaciół wsparcie.*

Również Klaudia nadaje ważność sieci wsparcia społecznego w radzeniu sobie aktualnie z trudnościami. Z jej wypowiedzi wynika, że istotny jest dla niej kontakt z ludźmi i rozmowy z tymi, którzy ją dobrze znają. W relacjach z nimi czuje się bezpiecznie.

[Klaudia] *Radziłam sobie głównie przez wsparcie społeczne. Głównie gdzieś, wiesz, rozmowy, rozmowy z innymi ludźmi. Szukanie, szukanie rzeczywiście, czy ja mogłam coś więcej zrobić, czy nie mogłam. Też odpuszczanie sobie. To, co powiedziałam, jakby mam strefę ograniczonego wpływu. No i sorry. No, ale rzeczywiście, jak tam się złoszczę, nie, myślę, że to głównie dzięki Bogu mam takich ludzi wokół siebie, że, wiesz, zawsze mogę zadzwonić i pogadać i którzy też mnie dobrze znają i znają moją sytuację. Wiedzą jak, dlaczego się wściekam, jak to mogło wyglądać, bo mnie dobrze znają i bardziej w tym kierunku.*

Klaudia, oprócz poszukiwania wsparcia społecznego ze strony najbliższych osób, stara się również kreować wokół siebie pozytywne zdarzenia i nasycać zwykłe sytuacje pozytywnym afektem. Na problematykę źródeł oraz roli przyjemnych emocji w transakcji stresowej, szczególną uwagę zwróciła Susan Folkman: „**kreowanie pozytywnych zdarzeń to celowe działania, które pozwalają na czasowe opuszczenie obszaru objętego stresem, np. zorganizowanie sobie miłego spotkania, jakiejś rozrywki. Zdarzenia wzbudzające pozytywne reakcje emocjonalne pojawiają się też w sytuacji stresowej spontanicznie - są to na przykład zjawiska wzbudzające uczucia estetyczne, które można celowo podtrzymywać**" (I. Heszen, H. Sęk 2008, s. 711-712).

[Klaudia] *Teraz też właśnie, jakiś dobry film na wieczór, na wyczilowanie. Wracam sobie do domu, kocyk, ciepła kąpiel, jakieś fajne rytuały, jakieś olejki do kąpania, żeby się tak fizycznie rozluźnić, czy pójść do kina sobie, nawet samej. Bardzo lubię sobie iść do kina. Posłuchać sobie jakiejś fajnej muzyki, obejrzeć coś, żeby tak rozluźnić się, nie myśleć o jakiś tam trudnych sprawach.*

Nawiązując do problematyki radzenia sobie ze stresem, warto zwrócić uwagę na teorię zachowania zasobów Hobfolla, która wskazuje, że „**ogólnym celem ludzkiej aktywności jest zdobywanie, utrzymywanie i ochrona cenionych obiektów, określonych jako zasoby (resources). (…) Zdaniem Hobfolla kluczowe znaczenie dla aktywności ma nie tyle kończący ją wynik, co jej punkt wyjścia w postaci zasobów**" (I. Heszen, H. Sęk 2008, s. 708).

Alicja w swojej wypowiedzi podkreśliła, że stosuje różne strategie radzenia sobie ze stresem:

- stara się podejmować pracę nad sobą samą, zwiększać swoją samoświadomość, czyli wykorzystywać i wzmacniać własne zasoby;
- co charakterystyczne dla Zagubionego Dziecka, lubi również spędzać czas samotnie, słuchając muzyki lub pisząc pamiętnik;
- w niektórych sytuacjach poszukuje również pomocy w sieci wsparcia społecznego;
- prowadzi monolog wewnętrzny ze sobą oraz pozytywnie przewartościowuje zaistniałą trudność.

[Alicja] *Ja od jakiegoś czasu, nie potrafię ci powiedzieć od jakiego, zaczęłam szukać różnych sposobów, takich w moich zasobach radzenia sobie z długotrwałym stresem. Więc, jakby praca z oddechem, ćwiczenia oddechowe, świadomy oddech, to jest coś, co właściwie jest nawykiem już dla mnie, co mi bardzo pomaga. Pomaga mi też takie zadawanie samej sobie pytań, bycie szczerą w tym wszystkim, tak, bo najgorzej, jak sama zacznę ściemniać. (...) Natomiast to, co też mi bardzo pomaga, to taka moja bardzo dużo samoświadomość. Takie strategie też poznawcze, w pracy z monologiem wewnętrznym też, praca z ciałem, czyli ta metoda TRE, o której też ci mówiłam, uwalnianie napięcia z ciała.*

„**Zagubione dziecko spędza mnóstwo czasu w swoim pokoju, bawiąc się, czytając, oddając się hobby lub po prostu marząc**" (S. Wegscheider - Cruse 2000, s. 124). W aktualnym radzeniu sobie ze stresem Alicja także stosuje repertuar zachowań charakterystycznych dla odgrywanej przez nią roli psychologicznej, które aktualnie są jej zasobami.

[Alicja] *Muzyka bardzo mi pomaga, to od zawsze i też taniec. Czasami sobie, to odsuwam, no mało tu jest miejsca, ale odsuwam sobie i włączam taką muzykę akurat, która jakoś mi tak blisko i sobie różne czynie ruchy w samotności, zamykam oczy i tak, jak mnie prowadzi muzyka, ciało i wchodzę w jakieś takie, w przeżywanie. To jest jakby jakieś połączenie ciała z dźwiękiem, jakby tak. Nauczyłam się tego*

na warsztatach z improwizacji właśnie w (nazwa Teatru)*, mieliśmy z taką aktorką zajęcia, pierwszy raz doświadczyłam tak niesamowitego połączenia właśnie, tego jakby dźwięku, nie wiem, jak to nazwać, to trudno jest, żeby to nazwać. I miałam zamknięte oczy, było nas chyba z piętnaścioro w grupie i nikt na nikogo nie wpadł, po prostu tak, żeśmy wyczuwali gdzieś tam, tą jakąś swoją przestrzeń, tą energię drugiego człowieka. Niesamowite to było doświadczenie i to mnie uwalnia, to też jakoś praca z ciałem, też powoduje takie u mnie uwolnienie. No i pisanie. No, to dużo rzeczy się tu widzę składa. Pisanie, piszę tam taki pamiętnik od lat, właściwie, odkąd pamiętam. Parę już poszło do pieca, takich podstawówkowych, chociaż żałuję, że je spaliłam, ale wtedy taka sytuacja zaistniała i postanowiłam je spalić, ponieważ tak było bezpieczniej dla mnie, niż ktoś ma w nich ryć i potem szydzić z tego, na przykład, jak zrobiła moja matka. No, to pisanie.*

Rozmówczyni również **wykorzystuje dostępne sobie sieci wsparcia społecznego i stara się nie izolować ze swoimi trudnościami przed ludźmi, a rozmawiać i przebywać w ich towarzystwie**.

[Alicja] *Pomaga mi też rozmowa z drugim człowiekiem, kiedy mi ktoś nie radzi, kiedy mi ktoś nie szuka od razu gotowych rozwiązań, tylko daje mi przestrzeń, żebym mogła się wypowiedzieć i mnie wysłucha po prostu, to mi też pomaga. (...) Teraz, tak ostatnio się bardziej otworzyłam na pracę, taką terapeutyczną z ludźmi i to bycie w tym kontakcie, to skupienie mnie wycisza. To podążanie, jakby, za tym klientem. No i w grupie jest podobnie, praca w grupie właśnie, jakby, w takich mniejszych grupach, na różnych takich treningach, warsztatach i tak dalej, to dawanie, tak jakby przestrzeni drugiemu człowiekowi i bycie w swojej przestrzeni. To jest takie niesamowicie, kurczę chciałam powiedzieć, uwalniające, ale chodzi mi o to, że nie obciąża, jakby, w tej pracy. No, to takie, to jest może uwalniające, że tak powiem, niech już tak zostanie.*

„**Pozytywne przewartościowanie polega ogólnie na takim poznawczym przekształceniu sytuacji stresowej, aby ukazała się w lepszym świetle. Przybiera różne konkretne formy. Wymienić tu można traktowanie sytuacji stresowej jako okazji do osobistego rozwoju, nabywania mądrości, cierpliwości, uczenia się ważnych życiowych umiejętności, doceniania życia, świadomości tego, co jest w nim ważne, umacniania wiary i duchowości oraz poprawy stosunków z innymi**" (I. Heszen, H. Sęk 2008, s. 711).

[Alicja] *No i co z tego, nie. No takie też konfrontowanie, że ten, kto chce, szuka sposobów, ten kto nie chce, szuka powodów, więc albo chcesz to rozwiązać albo się będziesz w tym kisić i szukać* (wulgaryzm) *trudności, sto milionów, srylionów. Jeszcze pomaga mi bycie dla siebie życzliwą, ale czasami też takie postawienie się do pionu, takie trochę nie dyscyplinowanie, ale takie ustawienie się na właściwe tory. Nie idziemy w tym kierunku, bo jak pójdziemy, to będziemy rozkminiać gówno na atomy i po co, na co chcesz przekierować swoją energię? Sama do siebie gadam, generalnie, ogólnie, to jest tak, więc: >>Czy ty aby na pewno dziewczyno...<<, mówię do siebie: >>...chcesz na to spożytkować swoją energię życiową?<<- >>Nie<<- >>Słusznie<<. Więc jakby, no, ale to introwertyk tak ma ponoć, tak*

przeczytałam, że ten dialog, taki swój, to jest coś, co bardzo pomaga. Jakość tego dialogu jest dzisiaj zdecydowanie inna, niż kiedyś. Kiedyś, to było, wiesz, dopierdzielanie a dzisiaj, to jest bardziej nastawienie na: >>Ok, jest taka rzeczywistość i co w związku z tym? Na pewno jest jakieś rozwiązanie i dobre strony tej sytuacji, trzeba tylko poszukać<<. Tak, jak po tej terapii, co ci opowiadałam, byłam w rozsypce i tak usiadłam i mówię: >>Nie no, no musi być rozwiązanie. No nie ma opcji<<. No i wiesz, jakby, ja wierzę w to, że kiedy jestem gotowa na odpowiedź, na jakieś rozwiązanie, to po prostu je zauważam i ono dotrze do mnie. Czasami słyszymy różne rzeczy, nie chcemy ich słyszeć, to też tak nie jestem w tym odosobniona.

Odwołując się do problematyki radzenia sobie ze stresem, można wskazać na wykorzystanie różnych form treningów w celu redukcji nieprzyjemnych emocji spowodowanych zaistniałą trudnością. „Do grupy treningów zorientowanych na redukcję negatywnych emocji i napięcia należy sporo form oddziaływania, ale najważniejszą i najpopularniejszą jest relaksacja. Jej podstawę stanowią dwa fakty empiryczne: po pierwsze, w wielu zaburzeniach psychicznych, także tych związanych ze stresem, mamy do czynienia z podwyższonym napięciem mięśni, po drugie, stan napięcia i głębokiej relaksacji mięśni są fizjologicznymi przeciwieństwami i nie mogą występować razem" (W. Łosiak 2008, s. 113).

Grażyna, mówiąc o radzeniu sobie ze stresem, wskazała na wykorzystanie **relaksacji, która pomaga jej odreagować doświadczane trudności dnia codziennego**.

[Grażyna] *Nie wiem, skąd mi się to wzięło. Więc na pewno joga mi pomogła, metody oddechowe, muzyka różna. Mam w sumie trzy kawałki takiej muzyki, niektórzy mnie mają za dziwną, jak wiedzą, co słucham. Na przykład, progresywna relaksacja metodą Jacobsona to jest, o Jezu, jak ja to odkryłam, to kurde musiałam wieczorem dwa razy to przejechać, to jest genialne, to jest po prostu genialne. Tak samo, jak jest metoda oddechowa: siedem- dziewięć- trzy albo dziewięć- siedem- trzy. Na siedem sekund bierzesz oddech, zatrzymujesz powietrze i później wypuszczasz. To też główne moje sposoby na to odreagowanie w ciągu dnia.*

O ile Piotr, gdy był dzieckiem, w doświadczaniu trudności ukierunkowywał swoją uwagę na przeżywaniu nieprzyjemnych emocji i płakaniu, o tyle będąc dorosłym mężczyzną, wskazał, że z jednej strony radzi sobie z zaistniałymi trudnościami dzięki wsparciu specjalisty, z drugiej strony, co charakterystyczne dla Zagubionego Dziecka, oddaje się rozwojowi swojej duchowości.

[Piotr] *Teraz też sobie radzę z trudnymi sytuacjami psychoterapią. Chodzę na terapię i tam omawiam wszystko. Wszystko, co jest dla mnie nieprzyjemne i przyjemne też. Dla mnie, to też jest bardzo ważne, bardzo dobry kontakt mam z tą psycholog. Czuję, że ona jest moim, właściwie, takim powiernikiem, naprawdę. Czuję się akceptowany, czuję się naprawdę wysłuchany. Na pewno kwestia modlitwy też mi pomaga.*

* * *

Repertuar zachowań związanych z radzeniem sobie z sytuacjami trudnymi, w przypadku moich rozmówców, uległ pewnej zmianie. **Będąc osobami dorosłymi częściej ukierunkowują uwagę na własne funkcjonowanie, poszukiwanie zasobów osobistych w doświadczaniu sytuacji trudnej i zmaganiu się z nią. Istotne jest, że efektywniej komunikują swoje potrzeby, mobilizują sieć wsparcia społecznego poprzez spotkania z przyjaciółmi, którzy pomagają im zrozumieć zaistniałą sytuację i opracować szereg działań zaradczych, które sprawiłyby, że ci poczuliby się lepiej**. Nie zawsze potrafili tę strategię stosować we wcześniejszych etapach rozwojowych, niemniej jednak w okresie dorosłości jest ona im bardzo bliska, a „aktywne poszukiwanie pomocy jest adekwatną do zdarzenia formą zmagania się z trudną sytuacją i może, jak już podkreślano, uaktywnić własne, podmiotowe zasoby" (H. Sęk, R. Cieślak 2004, s. 27). Moi rozmówcy wskazywali, że owe podmiotowe zasoby zostały rzeczywiście uaktywnione, bowiem podkreślali, że nauczyli się wiele od osób dających im wsparcie, mogli lepiej poznać samych siebie i swoje ograniczenia, ale też możliwości, zwiększając przy tym własną samoświadomość.

W przypadku moich rozmówców istotną rolę odgrywa **kreowanie pozytywnych zdarzeń, które powodują chociaż chwilowe ich odciążenie psychiczne**. W wyniku doświadczania stresu potrafią oni zadbać o siebie, o własne samopoczucie, zapewniając sobie przyjemności w postaci, np. ciepłej kąpieli z olejkami, uprawiania aktywności fizycznej, pójścia do kina. **Sugeruje to ich większą samoświadomość w płaszczyźnie własnych potrzeb, ich identyfikacji i umiejętności zaspokajania**.

Niektórzy rozmówcy potrafili **pozytywnie przewartościować trudne zdarzenia, spojrzeć na nie z innej perspektywy, by dzięki temu nie zadręczać samych siebie doświadczanymi przeciwnościami losu**. Umiejętność ta została przez nich nabyta przede wszystkim w wyniku terapii, w trakcie której nauczyli się postrzegać niektóre sytuacje w innym niż dotychczas świetle. Niewątpliwie wymagało to od nich wiele pracy nad sobą i zmiany w percepcji otaczającej ich rzeczywistości.

Niektóre sposoby **radzenia sobie z trudnymi sytuacjami były charakterystyczne dla funkcjonowania moich rozmówców w określonych rolach psychologicznych**. Przede wszystkim Maskotek, które chętnie otaczają się gronem znajomych i przyjaciół w konsekwencji doświadczanego stresu, ale również Zagubionych dzieci, które zarówno preferują samotne spędzanie czasu, ale również potrafią mobilizować sieci wsparcia społecznego.

Badani, inaczej aniżeli w okresie dzieciństwa i adolescencji, radzą sobie aktualnie ze stresem. Z narracji niektórych osób wynika, że mimo wskazywanych trudności w konstruktywnym radzeniu sobie ze stresem w okresie dzieciństwa i adolescencji, aktualnie lepiej radzą sobie z trudnymi sytuacjami generującymi nieprzyjemne emocje. Ważne przy tym jest dla nich bycie samymi ze sobą, lepsze poznawanie repertuaru własnych reakcji w sytuacjach stresujących, ale przede wszystkim aktywne poszukiwanie i uruchamianie sieci wsparcia społecznego, które odgrywa dla nich istotną rolę. Wymienione aspekty składają się na posiadane przez nich zasoby, które mogą stanowić istotne czynniki wpływające na odczuwaną przez nich satysfakcję z aktualnego życia.

8.2.8. Satysfakcja z życia dorosłych dzieci alkoholików

Należy podkreślić, że jakość życia jest terminem złożonym i trudnym do ujęcia w jednolite ramy teoretyczne[159]. W konsekwencji wskażę jedynie, za Bazylim Poskrobko, że powinna ona być traktowana jako relacja pomiędzy wartościami, warunkami życia, potrzebami, stylami życia. Każdy z wymienionych elementów charakteryzują dwa obszary: obiektywny i subiektywny, niemniej jednak ten pierwszy „zależy od subiektywnego systemu wartości oraz odczuć, co do stopnia zaspokojenia własnych potrzeb i aspiracji" (B. Kryk 2013, s. 146 za: B. Poskrobko 2007). Z kolei Fahrenberg i współautorzy definiują zadowolenie z życia jako „indywidualną ocenę przeszłych i teraźniejszych warunków życiowych oraz perspektyw na przyszłość" (Fahrenberg J., Myrtek M., Schumacher J., Brähler E. 2000, s. 25).

Odwołując się do grupy dorosłych dzieci alkoholików, „praktycznie nie prowadzono badań nad zadowoleniem z życia. Opierając się na przytoczonych powyżej doniesieniach, wskazujących na występowanie w tej grupie pacjentów licznych objawów psychopatologicznych, można zakładać, że zadowolenie z życia tych osób będzie niższe w porównaniu z grupą kontrolną" (J. Chodkiewicz, A. Wilska 2008, s. 137). Zanim przedstawię wypowiedzi moich rozmówców odnoszące się do ocenianej przez nich satysfakcji z życia, chcę podkreślić, że często na jakość życia wpływa także jakość wsparcia społecznego. Jak wskazałam w poprzednim rozdziale pracy, wszystkie przebadane przeze mnie osoby omawiane wsparcie otrzymywały/otrzymują w postaci terapii indywidualnej bądź grupowej, ale także ze strony najbliższego środowiska społecznego i są z niego zadowolone.

W konsekwencji hipoteza dotycząca tego, jakoby dorosłe dzieci alkoholików (między innymi przez wzgląd na występowanie licznych objawów psychopatologicznych) wykazywały

[159] Zob. także: Kryk B. (2012). *Jakość życia w kontekście zrównoważonego rozwoju* [w:] „*Trendy i wyzwania zrównoważonego rozwoju w XXI wieku*" t. 1; Rusnak Z., Zmyślona B. (2013). *Jakość życia a zrównoważony rozwój*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

niższe zadowolenie z życia, nie znalazłaby swojego potwierdzenia w wypowiedziach moich rozmówców, którzy w większości wskazywali, że są z niego bardzo usatysfakcjonowani.

[Anita] *Aktualnie jestem bardzo zadowolona ze swojego życia. Czuję się dobrze. W końcu jest dobrze.*

Krystyna w swojej wypowiedzi wskazała, że **jej zadowolenie wynika z przejścia procesu terapeutycznego w ramach terapii indywidualnej. Dzięki temu zmieniła sposób postrzegania rzeczywistości, ale przede wszystkim podejście do samej siebie**.

[Krystyna] *Jestem usatysfakcjonowana ze swojego życia. Akurat przez przypadek, ale bardzo dobrze trafiłam i bardzo mi terapeutka pomogła i tak w ogóle dużo zmian u sobie widzę. Jestem inną osobą, niż byłam, bardziej pewną siebie, silniejszą, odważną.*

Jak podkreśla Krystyna Doroszewicz, „badania prowadzone z różnych perspektyw teoretycznych dostarczają dowodów, że bliskie związki, zadowolenie z bycia w związku są elementem poczucia szczęścia i decydują o jakości życia" (K. Doroszewicz 2008, s. 7).

Ula w swojej narracji wskazuje, że jej zadowolenie z życia wynika przede wszystkim z **jakości relacji, jaką utrzymuje ze swoim mężem oraz synem**.

[Ula] *Myślę, że jest w porządku. Myślę, że mi się ułożyło dobrze, bo tak: mój mąż nie pije, mam fajne relacje z synem. Nie jest tak, że boimy się, że nam pieniędzy zabraknie. Mam taką bezpieczną sytuację finansową i to nie dzięki sobie tylko nad tym mój mąż czuwa, ale to jest. Myślę, że generalnie ułożyło mi się dobrze.*

Z kolei **brak związku partnerskiego był przez niektórych rozmówców utożsamiany z ich niższym zadowoleniem z jakości życia**. Klaudia wskazała z jednej strony, że to, co stanowi o jej zadowoleniu, to samodzielność i zaradność, chociażby w kontekście realizowania siebie w płaszczyźnie zawodowej, jednak z drugiej strony brak bliskiej relacji jest czymś, co w pewnym stopniu wpływa na jej niską satysfakcję życiową.

[Klaudia] *Właśnie ostatnio myślałam o tym, że ciągle człowiek narzeka. Mamy taką tendencję, do narzekania i do myślenia o tym, czego nie mamy a nie myślenia o tym, co mamy. I tak naprawdę pomyślałam o tym, że kurczę, jestem zdrowa, mam pracę, potrafię się sama utrzymać. Może nie stać mnie na jakieś super przyjemności, póki co nawet nie stać mnie na to, żeby kupić mieszkanie, tylko wynajmuję i to naprawdę wynajmuję tam po niskich kosztach, ale, że poradzę sobie w życiu, że od tylu lat sobie radzę i, że świetnie sobie radzę, naprawdę. Od dziewiętnastego roku życia praktycznie sama się utrzymuję i, że naprawdę ludzie mają gorzej i nie powinnam narzekać. Pewnie, że są takie obszary, no, to, jak właśnie gdzieś ta relacja, co teraz bardzo dobitnie odczułam, brak tego, będąc chorą, że jesteś sama, że jestem sama, że nie ma nikogo, że brakuje, żeby iść z kimś przez to życie. Więc to jest dla mnie teraz największy minus, a poza tym jestem zadowolona ze swojego życia, bo myślę, że sobie całkiem fajnie radzę.*

Podobną kwestię dotyczącą zadowolenia z aktualnego życia poruszyła Katarzyna.

[Ania] *Jestem zadowolona w każdym aspekcie, w każdym, tylko, że jestem sama, jak palec. Facet tu jakiś zaufany by się przydał. No, taki fajny, żeby mnie kręcił i taki, któremu bym ufała i czuła się bezpiecznie. Tego mi brakuje. Ja mam dobre życie. Naprawdę, nie chcę niczego więcej od życia i nie chcę niczego mniej. Chcę tak, jak jest, żeby było.*

Istotną rolę w ocenie jakości życia jednostki odgrywa **zadowolenie z wykonywanych przez nią obowiązków zawodowych**. „Praca jest istotnym elementem życia człowieka, stwarza możliwość rozwoju, dostarcza niezbędnych środków finansowych oraz może wpływać na lepsze zdrowie i samopoczucie, jednak jednocześnie może być źródłem frustracji, a nawet choroby" (M. Kowalska, U. Marcinkowska, J. Jośko 2010, s. 277).

Jak wskazują moi rozmówcy, aspekt zawodowy ma dla nich również duże znaczenie w ocenie satysfakcji życiowej.

[Grażyna] *Jedyne takie, co mnie martwi, ale wiem, że z tym sobie poradzę, no to, że chodzę do szkoły i nie mam pieniędzy, tyle, ile bym chciała, bo niestety jeszcze liczę na to, że dogadałam się z moim, że, czy mógłby łaskawie pomagać mi. (...) I suma summarum mnie to denerwuje, że on mi pomaga, bo daje mi na mieszkanie, żeby zapłacić mieszkanie i faktycznie, daje pieniądze, ale znając życie i schematy, nawet terapeutka mnie uprzedziła, żebym się przygotowała na to, że będę musiała nie wiadomo co robić w pracy, bo jeżeli on się zorientuje, że ja na serio, poważnie nie chcę być z nim, to on absolutnie nie będzie mi pomagał. (...) I jedyną rzeczą, z której nie jestem usatysfakcjonowana... Chociaż, to rozumiem, bo pierwszy raz w życiu się uczę, chcę zrobić szkołę tutaj, w sensie, wykształcenie z papierami, żeby iść później do pracy i mieć wyższe wynagrodzenie, tylko z tego tytułu, że będę miała papierek. Ale oczywiście, jeżeli chce mieć, ile bym chciała, czyli na przykład, nie wiem, dużo więcej, niż dają za darmo, czyli ta zapomoga, której nie musisz zwracać, no, to jest trochę mało. A mogę brać kredyt, który będę musiała spłacić później. Więc, to mnie tylko boli, że już bym chciała iść do pracy, ale z drugiej strony, chciałabym jednak pierwszy raz w życiu iść do szkoły i zrobić szkołę i wtedy iść do pracy. I to mam dużo, w sumie, sama ze sobą: >>Iść do pracy/ nie iść do pracy/ iść do pracy/ nie iść do pracy?<<. I tak jest codziennie, kurdę, bo by się przydało więcej pieniędzy, bo chciałabym mieć więcej.*

[Adam] *A praca, na przykład, czy jakaś pasja się rozwinie, bardziej w to pójdę, bo to wiecznie gdzieś tam... Jeszcze nie wspomniałem o tym, wiecznie gdzieś walczę ze słomianym zapałem, do niektórych rzeczy. Na przykład, sam zbudowałem bardzo fajną lampę, mi się podoba, tylko trwało to chyba miesiącami. To jest taka walka, bo po pracy, to się nie chce, to zawsze można powiedzieć, że się nie chce. Tak, jak ostatnio walczę jednak z serialami, bo Netflix spowodował coś tak strasznego, że można bez przerwy oglądać seriale. A co ja mam potem za dziesięć lat powiedzieć, że siedziałem pół dnia na kanapie, oglądając seriale. Więc takie szukanie jednak takiego sposobu, żeby z tą pracą było lepiej też.*

Krystyna podkreśliła, że praca, a konkretniej większe możliwości rozwoju osobistego, stanowi jedyny obszar, w którym aktualnie chciałaby coś zmienić w swoim życiu.

[Krystyna] *To znaczy, to i owo można by było zmienić, głównie w sensie pracy. Jeszcze chciałabym mieć fajniejszą pracę, żebym się bardziej spełniała w pracy, bo teraz się nudzę, tak, jak powiedziałam, się nudzę i można by było gdzieś jeszcze fajnie coś zarobić. I chciałabym więcej podróżować, ale poza tym, to jestem zadowolona. Naprawdę, nie mam co narzekać.*

* * *

Satysfakcja z życia jest bardzo istotnym elementem funkcjonowania każdego człowieka. Stopień zadowolenia z jednej strony jest zależny od doświadczeń jednostki, z drugiej strony będzie w pewnym stopniu rzutował na sposób przyszłego funkcjonowania w różnych obszarach życia.

Moi rozmówcy, mimo niesprzyjających warunków środowiskowych, w jakich byli wychowywani, podkreślali wysoki stopień zadowolenia ze swojego codziennego funkcjonowania. Głównym czynnikiem, który ma na to wpływ, był ten związany z podjęciem przez nich terapii indywidualnej, a dzięki temu lepsze poznanie siebie samych, schematów własnego postępowania i ich zamiany z destrukcyjnych na konstruktywne. Omawiane schematy postępowania były także zmienione w ich kontaktach z innymi ludźmi i w relacjach intymnych, co zaowocowało ich wyższą jakością.

Obszarem, na który szczególnie zwrócili uwagę badani, opisując stopień satysfakcji ze swojego życia, był ten związany z wykonywanymi przez nich obowiązkami zawodowymi. Szczególnie duże znaczenie przypisują **możliwości samorealizacji i rozwoju oraz otrzymywania gratyfikacji w konsekwencji wywiązywania się ze swoich obowiązków pracowniczych**.

Jedynym aspektem, który w pewnym stopniu wpływał na stopień ich zadowolenia ze swojego życia, był ten, związany z relacjami damsko – męskimi. Dotyczyło to głównie osób, które takowych nie posiadały. Podkreślały one, że brakuje im relacji z osobą płci przeciwnej, bliskości i poczucia bezpieczeństwa, a jej brak stanowi o niższej satysfakcji życiowej.

Podsumowując, dorosłe dzieci alkoholików, opisując stopień satysfakcji życiowej, wskazują przede wszystkim na te obszary ich funkcjonowania, które są głównymi zadaniami rozwojowymi okresu dorosłości: utworzenie związku intymnego i założenie rodziny, podejmowanie obowiązków zawodowych. Ewentualna niemożność ich realizacji wpływa na stopień ich zadowolenia z jakości życia.

8.2.9. Wsparcie społeczne dorosłych dzieci alkoholików

Wizja (nie)idealnej rodziny

Dorosłe dzieci alkoholików stanowią grupę osób, które często z perspektywy czasu potrafią z dystansem spojrzeć na to, czego doświadczyły, wychowując się w domu, w którym istniał/ istnieje problem alkoholowy. O ile system iluzji i zaprzeczenia „umożliwiał stosunkowo dobre funkcjonowanie na zewnątrz, jednak zaburzał relacje wewnątrz rodziny" (W. Ławska, G. Dębska, H. Kudučáková 2004, s. 54), o tyle w dorosłym życiu osób pochodzących z rodziny alkoholowej często przestaje spełniać swoją funkcję (chociaż nie zawsze). Również schematy postępowania, które były adaptacyjne w granicach rodziny pochodzenia, przestają takimi być w innych obszarach funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików, np. w związkach partnerskich stanowiąc źródło ich problemów (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 17). Występujące trudności często skłaniają je do refleksji nad tym, co jest ich przyczyną. Poszukując odpowiedzi, trafiają na specjalistów, którzy starając się im pomóc, uświadamiają, że źródło ich problemów tkwi w ich „nieidealnej" rodzinie pochodzenia i sposobach jej funkcjonowania.

Przełom - gdy dorosłe dziecko alkoholika prosi o wsparcie

Często momentem, w którym jednostka prosi o wsparcie, jest ten, w którym uświadamia sobie skalę problemu, z jakim się boryka i jest gotowa, by zmierzyć się z doświadczanymi trudnościami. Większość moich rozmówców, jak wskazałam we wcześniejszych rozdziałach pracy, będąc dziećmi czy adolescentami, nie miało świadomości, że w ich rodzinie istnieje jakikolwiek problem, a funkcjonowanie jej członków jest destrukcyjne dla nich samych i dla całego systemu. W rezultacie nie szukali oni wsparcia albo też nie wiedzieli, gdzie po omawiane wsparcie się zwrócić.

Zofia Sobolewska-Mellibruda wskazała, że schematy postępowania wykształcone w wyniku dorastania w rodzinie alkoholowej są „na tyle sztywne, że nawet wtedy, gdy w życiu dorosłym sytuacja zmienia się na korzyść, nadal działają w ten sam, ale już nieadekwatny sposób" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 17).

Jak wynika z narracji moich rozmówców, w wielu przypadkach **momentem przełomowym w ich życiu były stale powtarzające się trudności w związkach intymnych, w wyniku których zgłosili się po specjalistyczną pomoc**.

[Piotr] *Jak zauważyłem, że jakaś taka trudność mi się pojawia w zbliżeniu, czy może nawiązaniu jakiejś relacji z kobietą. Że tak jakoś nie mogę sobie nikogo znaleźć i to był taki sygnał, że no, znaczy, potrzebuję jakiejś pomocy, z kimś pogadać, że co ze mną jest nie tak.*

[Grażyna] *Z mężem widziałam, że chyba tak nie powinno być, bo to, że on mnie obrażał, pił i zrzucał na mnie wszystko, no to nie halo jest. Tak w jakimś momencie zauważyłam i nie mogłam z tym sama sobie poradzić, więc szukałam jakiegoś psychologa, który kurna uświadomił mi, że to źródło tkwi w tatusiu i mamusi.*

[Krystyna] *Takim momentem, w którym rzeczywiście poczułam, że jednak coś tu jest nie ok i trzeba zmienić, bo zeświruję, był związek z drugim mężem. Tam to, jak się nie dogadywaliśmy zaczęłam chodzić na terapię i wówczas doszłam do wniosku, że to nie ma sensu.*

Dla innych rozmówców, **momentem przełomowym było wystąpienie choroby w ich życiu**.

[Gosia] *Jak trafiłam do szpitala, to on* (partner) *mnie wspierał, on był, jeździł po tych szpitalach, do szpitali, do mnie przyjeżdżał i tak dalej. Później pojawiło się u mnie takie syczenie do niego, gdzieś tam mimo, że mi pomagał, taka złość jakby, aczkolwiek psycholodzy w szpitalach mi to wyjaśniali, że ja po prostu byłam zmęczona tym wszystkim, że te wszystkie wydarzenia mnie przytłoczyły i miałam prawo gdzieś tam nie kontrolować do końca tego, co się wokół mnie dzieje. I właśnie, jak już wyszłam ze szpitala, to szukałam jakiejś terapii przez ten pobyt i tych wszystkich ludzi w szpitalu.*

[Anita] *To, że jestem chora na depresję wiedziałam już wcześniej. Tylko ten etap pójścia do terapeuty był tym momentem, że uznałam, w końcu trzeba coś z tym zrobić. Że nie można tak żyć z depresją. Ze złym samopoczuciem, z problemami ze sobą, z tym, że może powód, dlaczego mój związek wygląda w taki, a nie w inny sposób, był jakimś powodem mojego błędu i faktycznie- coś w tym było, czy jest w tym, co ja negatywnie zrobiłam i faktycznie, dla siebie negatywnie zrobiłam, bo pozwoliłam sobie na różne rzeczy. W tym momencie bardziej patrzę na swoje emocje. Jeżeli coś mi nie pasuje, to wprost mówię, wcześniej nie umiałam. Więc dużo mi to pomogło i to był właśnie ten etap, w którym po prostu uznałam, że coś trzeba z tym zrobić. Więc tu się mniej więcej zaczęło.*

Zarówno choroba, jak również powtarzające się trudności w relacjach intymnych, stanowiły główne czynniki, które determinowały moich rozmówców do poszukiwania wsparcia społecznego.

8.2.9.1. Wsparcie społeczne oczekiwane przez dorosłe dzieci alkoholików

Czytając literaturę przedmiotu można znaleźć wiele wzmianek o dorosłych dzieciach alkoholików dotyczących tego, jakie formy wsparcia powinny być wobec nich stosowane oraz w jakich obszarach wspomniana pomoc bywa najbardziej pożądana. Moi rozmówcy, mając dużą świadomość trudności związanych z ich aktualnym funkcjonowaniem, potrafili dookreślić, jakiej formy wsparcia najbardziej oczekują i od kogo.

Wielu moich rozmówców podkreślało **potrzebę otrzymywania wsparcia instytucjonalnego od terapeuty, od którego tę pomoc aktualnie otrzymują i z której efektów są zadowoleni.**

[Gosia] *Na pewno terapeutka mi pomogła. Chodzę na te spotkania do terapeutki i one mi pomagają. Mój chłopak mówi, że widzi dużą różnicę w moim zachowaniu.*

[Krystyna] *Mam potrzebę Kasi* (terapeuty) *na pewno. To jest tak, jak z nauką, już człowiek trochę coś przeczyta, to wie, ile jeszcze nie umie. I tak, jak nie zaczniesz jakiejś dziedziny, to myślisz, że to jest wszystko łatwe, dopiero, jak zaczynasz, mówisz, kurde, ile ja jeszcze nie wiem. Im więcej wiesz, tym bardziej sobie zdajesz sprawę z tego, czego jeszcze nie ma. Więc ja mam tak, z tą całą terapią i całym jakby funkcjonowaniem w życiu gdzieś. Także ten psycholog jest mi potrzebny, ja uważam, że to była jedna z mądrzejszych decyzji w moim życiu. Na pewno dużo zyskałam dzięki temu, że są psychologowie, którzy mi pomogli.*

Katarzyna w swojej narracji podkreśliła, że bardzo **ważna jest dla niej terapia, którą chce kontynuować, ponieważ pomaga jej zrozumieć to, co aktualnie przeżywa i pomaga jej w radzeniu sobie z doświadczanymi emocjami**.

[Katarzyna] *Na pewno chcę kontynuować terapię, którą mam u Basi. Dlatego, że widzę, że się w tej terapii bardzo dużo uczę. Że omawiamy, jakby, każde moje zachowanie, przynajmniej te takie większe zachowania, w których ona daje mi dużo do zrozumienia, jakby nakierowuje mnie na właściwą drogę rozwiązania. Dzięki temu wydaje mi się, że w tej terapii uchroniła przed wieloma rzeczami i też nauczyła, jakby, trochę, jak dziecko uczy się mówić, tak ona uczy mnie pewnych emocji. Także tu jest to na pewno, liczę na to, że ta terapia się nie skończy.*

Klaudia również wskazała na potrzebę kontynuowania terapii, która miałaby pomóc jej w osiągnięciu wewnętrznego spokoju.

[Klaudia] *Aktualnie właśnie w związku z tym, że gdzieś tam, że zdecydowałam się na podjęcie terapii i tak dalej, to jednak gdzieś tam rozsupłania pewnych rzeczy, poukładania sobie tego. Takiego spokoju, żebym mogła jakiś spokój osiągnąć. Pogodzenia się z tym.*

Damian wskazał, że najbardziej oczekuje pomocy ze strony terapeuty, której aktualnie nie otrzymuje. Podkreślił, że dzięki terapii czuł się lepiej, chociaż nie potrafił sprecyzować, dlaczego tak jest. Z drugiej strony wykazuje obawę, czy nie uzależnił się od pomocy specjalisty.

[Damian] *Dostałem się na* (nazwa ulicy)*, tu jest taka przychodnia. I tam parę razy rozmawiałem z taką terapeutką, tylko ona tam nie miała dla mnie czasu i wykorzystywałem jakieś tam okienka, czy musiałem się trzy miesiące wcześniej zapisywać. Potem ona miała jakiś wypadek i właśnie dzisiaj tam dzwoniłem i się umówiłem od połowy września, do początku listopada, w piątki na dziewiątą. (...) Ale nie jestem* (w trakcie terapii)*... Ona jest fajna babka i bystra, ja wymagam takiej bystrości od terapeuty, takiej, wiesz, ale coś jest w niej takiego, nie wiem co, że tak nie do końca mi pasuje, ale nie mam alternatywy. Tam próbuję dodzwonić się do* (imię innego terapeuty, który wcześniej udzielał Damianowi pomocy)*, ale jej złapać nie mogę, że może by coś mi zaproponowała. (...) Tylko ja nie byłem u niej już, żebym nie skłamał, chyba w kwietniu ostatni raz. No i brakuje mi terapeuty, brakuje mi. Ale już się zacząłem zastanawiać, czy nie jestem uzależniony od terapii*.

Krzysztof podkreślił, że oczekiwałby pomocy w formie wysłuchania go w kontekście przeżywanych przez niego trudności. Ważne przy tym byłoby zrozumienie jego stanów emocjonalnych. Wskazał, że nie jest przekonany, czy miałaby to być pomoc terapeutyczna, chociaż nie wyklucza takiej możliwości.

[Krzysztof] *Powiem szczerze, że właśnie w rozmowie, troszkę wcześniej mówiłem ci, że widzę, że zaczynam się denerwować i stresować, to nie wiem, czy jakiegoś pogadania, czy jakiejś terapii . Z żoną porozmawiam, ale ja jej zazwyczaj tłumaczę, jak to było, mniej więcej, jak to wygląda, takie rozmowy na terapii, ale myślę, że jakby gdzieś tam było, nawet bym z miłą chęcią sobie pochodził, porozmawiać, porozmawiać. Posłuchać, porozmawiać i tak człowiek zrzuci z siebie i tak jakoś łatwiej.*

Grażyna stwierdziła, że ważną rolę w jej aktualnym życiu odgrywa terapia, która pomaga jej pokonać trudności związane z rozwodem, przejściu żałoby i nauczeniu się funkcjonowania bez męża u boku.

[Grażyna] *Terapia jest mi, nie tyle terapia, co czasami rzeczy, które jeszcze robię z domu, bo na przykład to, żeby sobie uświadomić i zmienić myślenie, że ja jestem dobrą mamą, to chodziłam do terapeutki i to nie było raz, dwa, czy trzy. To było dużo razy, dlatego, że ja idę na terapię, jak mi potrzeba, czyli raz na miesiąc, raz na dwa miesiące, trzy. Kiedyś chodziłam nawet co tydzień. No i uczę się podstawowych rzeczy, żeby się nauczyć jakie powinno być życie normalne, no i też bez męża już. Bo do tej pory moje życie było: piekło- niebo, piekło- niebo, piekło- niebo i tak było w domu i później w moim domu. Tutaj tak samo.*

Większość moich rozmówców podkreślała, że aktualną pomocą, jakiej oczekują, jest pomoc specjalisty - terapeuty. Wskazali przy tym na obszary, w których oczekują wsparcia i nad którymi chcieliby popracować.

8.2.9.2. Obszary oczekiwanego wsparcia społecznego przez dorosłe dzieci alkoholików

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele wzmianek dotyczących tego, w jakich sferach funkcjonowania dorosłe dzieci alkoholików wymagają pomocy. Najczęściej wskazuje się, że tymi obszarami są ich kontakty interpersonalne - w szczególności w bliskich związkach intymnych, ale również radzenie sobie ze swoimi emocjami i porzucenie schematów, na bazie których funkcjonowali w domu rodzinnym. Szczególnie intensywnym okresem, w którym są zapoczątkowywane pierwsze i intensywne emocjonalnie kontakty z innymi ludźmi, jest okres adolescencji.

Również okres wczesnej dorosłości, moment, w którym jednostka zaczyna funkcjonować samodzielnie, w oderwaniu od ciągłego przebywania w systemie rodzinnym, może być momentem trudnym w życiu każdego człowieka. „Przyjęcie pełnej

odpowiedzialności za własne wybory w okresie wczesnej dorosłości jest więc procesem niezwykle trudnym, silnie zakorzenionym w rozstrzygnięciach poprzedniego stadium rozwoju, a dokonuje się, zgodnie z koncepcją zadań rozwojowych R. J. Havighursta, przede wszystkim w sferze funkcjonowania rodzinnego (wybór partnera, decyzja o wspólnym życiu, wychowanie dzieci, opieka nad rodzicami) i zawodowego (pełnienie wyznaczonych zajmowaną pozycją obowiązków w miejscu pracy, zarządzanie ludźmi, wywiązywanie się z powierzonych zadań), ale także towarzyskiego (dbanie o przyjaciół, dostarczanie im wsparcia, budowanie sieci wsparcia dla siebie i swoich bliskich itp.) oraz obywatelskiego (angażowanie się w działania na rzecz społeczności lokalnej, udział w wyborach itp.)" (B. Ziółkowska 2005, s. 427).

Moi rozmówcy oprócz wskazania, w jakim obszarze funkcjonowania potrzebują najbardziej wsparcia, odnieśli się również do tego, na jakim etapie rozwojowym- omawiana pomoc była im najbardziej potrzebna. Wszyscy zaakcentowali, że powinien **być to okres adolescencji, ale także moment wejścia w dorosłość, kiedy najbardziej uwydatniły się ich problemy**.

[Anita] *Przeprowadzka, wejście w takie doroślejsze życie, związek, czy to znaczy, od niedawna, ale wejście w stały związek, planowanie przyszłości, szukanie pracy, różne takie rzeczy. Kreowanie przyszłości, które jest dla mnie bardzo ważne, po prostu troszeczkę mnie stresuje, bo boję się, żeby wszystko było idealnie. I tego się troszeczkę zaczęłam obawiać i to właśnie był zapalnik do tego, że właśnie teraz potrzebuję wsparcia kogoś, kto jest odpowiednim do wsparcia. Który, jakby wie, co zrobić w takiej sytuacji i pomoże. (…) Było ciężko, bo też ten sam fakt, że wiadomo, trzeba już zacząć pracę i tym podobne i rodzice, którzy mogli pomóc. I byli i nie musiałam płacić za mieszkanie i tak dalej, czyli to wszystko i to jest na mnie i to jest ten inny poziom, na którym zaczynam zauważać tą faktyczną dorosłość. Tak, że jestem sama sobie.*

Okres wczesnej dorosłości, opuszczenia gniazda rodzinnego jest również momentem samodzielnego konfrontowania z zastałą rzeczywistością. W przypadku dorosłych dzieci alkoholików może być to moment, **w którym szczególnie intensywnie odczuwają pustkę wewnętrzną**.

[Adam] *Chciałem powiedzieć, że ten okres - koniec liceum, studia, kiedy z tą paczką byłem, tak naprawdę, chociaż tam tego wsparcia sporo dostawałem. Ale myślę, że bardziej nawet ten okres już po studiach, w tym takim dorosłym życiu, kiedy te relacje z nimi zaczęły się trochę rozjeżdżać, czyli zaczęło się dużo takich pustek pojawiać i wydaje mi się, że wtedy było mi dużo gorzej. Między tym, zanim zacząłem jeszcze myśleć o terapii, a tym okresem, kiedy wszystko było super. Taki, kiedy nagle się zostawało samemu, przy okazji, z takimi rzeczami, chyba w takim, tak najbardziej.*

[Ula] *Wtedy, kiedy wróciłam z* (nazwa miasta) *i kiedy czułam, że już nie ma nic, że nie wiem, gdzie jestem, kim jestem i jaki to ma sens. Wtedy byłam w tym najgorszym etapie. Już chudsza później nie*

byłam, niż wtedy i też bardziej bezradna już nie byłam. To było już po liceum. I wtedy po raz pierwszy i chyba ostatni, z płaczem błagałam mamę o pomoc. Wtedy też był taki moment, że babcia mnie zobaczyła, mama taty, no i oczywiście zadzwoniła do mamy z pretensjami, jak ja wyglądam. Wtedy też mama, jak ja zaczęłam z płaczem prosić o pomoc, to ona też powiedziała, jak się z tym czuje, tak naprawdę. To był temat tabu. Ja nikogo do siebie nie dopuszczałam, tak naprawdę wszyscy widzieli, co się ze mną dzieje, ale nikt nie powiedział ani słowa, przez cały czas. Pierwszy raz ja wyraziłam głośno, jakby, ten problem. Postawiła mnie i mama pozwoliła mi wtedy nie jechać do (nazwa miasta)*, po prostu zostać, nie przejmować się, sama bym nie dała rady. Wtedy, gdyby nie mama i potem właśnie i to, że ktoś pomógł mi przyjść do tego lekarza, no i potem nawet ciocia, czyli siostra mamy się włączyła, kibicowały mi, jak nigdy. Mama, jak nigdy, robiła obiady codziennie, po prostu miałam postawione i jadłam. Jeszcze lekarz zapisał mi takie tabletki przeciw lękowe, że po prostu spałam po nich stale. Tak więc, ja łykałam tabletkę, jadłam i spałam. To wtedy nie było tych dni, ja przespałam całe noce. Mama była najbliżej, to nikt inny nie mógł mi pomóc. Tylko właśnie ona i jej siostra.*

W wyniku doświadczanych trudności w relacjach interpersonalnych, moi rozmówcy wskazali, że ten aspekt ich funkcjonowania jest obszarem, w którym najbardziej chcieliby aktualnie otrzymywać wsparcie. Ważnym dla nich byłaby umiejętność konstruktywnego wchodzenia i utrzymywania związków intymnych, ale również zrozumienia, jak oni sami w nich funkcjonują i dlaczego w taki, a nie inny sposób, to robią.

Piotr, opisując okres adolescencji, podkreślił, że brakowało mu wzorca ojca, który wskazałby mu, w jaki sposób rozmawiać z kobietą, nawiązywać i podtrzymywać kontakt. Twierdzi przy tym, że aktualnie najbardziej oczekuje wsparcia właśnie w tej sferze - umiejętności bycia z kobietą, poznania kogoś.

[Piotr] *Generalnie, najbardziej, jeśli chodzi o tą kwestię, ze związkiem, że chciałbym, żeby ktoś, znaczy nie, to nie jest tak, nie wiem, żeby ktoś za mnie coś zrobił, żeby powiedział, że mam tak a tak zrobić, żebym, powiedzmy, na tyle był odważny, nie wiem, na tyle gdzieś potrafił rozmawiać z kobietą, żebym ten związek miał. To jest dla mnie teraz jakoś tak bardzo, w tym więcej, najbardziej chciałbym jakoś pomocy.*

Klaudia również wskazała, że najistotniejszym dla niej aspektem, na którym chciałaby się skupić w relacji z terapeutą, jest ten, **związany z trudnością wchodzenia przez nią w relacje intymne**.

[Klaudia] *No i właśnie, gdzieś przerobienia tego, co jest teraz dla mnie najtrudniejsze, że wiesz, że nie mam nikogo, że jakby, mam jakiś problem z tym. Ze zbudowaniem czegoś... Trudno tutaj mówić nawet o budowaniu czegoś, jak trafia się na osobę, z którą, jakby, wiadomo od początku, że nie da się budować.*

Krystyna lokowała swoje uczucia w niedostępnych, z różnych przyczyn, mężczyznach. Dla niej istotnym obszarem pracy nad sobą jest ten związany **ze zrozumieniem, dlaczego w**

taki sposób postępowała i nauczenie się innych schematów funkcjonowania w relacjach damsko - męskich.

[Krystyna] *Potrzebuję pomocy z relacjami. Z relacjami. Ale nie przyjaciele, tylko relacje partnerskie, damsko - męskie. No tutaj sobie nie radziłam totalnie. No właśnie mnóstwo było tych związków, wcześniej, zanim, pierwszy ślub, potem wzięliśmy drugi ślub. Dużo związków ze związanymi już facetami, ze starszymi w ogóle facetami od siebie, dużo związków było takich nierokujących w ogóle, ale chyba szukałam gdzieś po prostu opiekuna. Opiekuna szukałam. A jak poznałam mojego drugiego, teraz byłego męża, no to znowu on mnie zauroczył tym, że był artystą, a ja się zawsze uważałam za taką nudną, nieartystyczną duszę a zawsze mi artyści imponowali, że to mnie wtedy zaimponowało wtedy w nim, że był właśnie takim wolnym strzelcem, takim wolnym człowiekiem, a ja zawsze byłam taka zaszufladkowana i tutaj obowiązki, obowiązki, obowiązki i to mnie właśnie tak bardzo imponowało i tak to się potoczyło wtedy. No i właśnie w relacji później brakowało mi tej odwagi, tej otwartości, żeby pokierować tym związkiem tak, żebym ja też była w nim zadowolona, a nie tylko, żeby to było spełnione oczekiwanie jednej strony a z mojej strony było tylko dawanie, dawanie, dawanie, udowadnianie, że tu jestem świetną żoną, świetną matką, cały czas na wysokim >>A<<, bez chwili oddechu praktycznie i bez wsparcia też.*

Zarówno w przypadku Piotra, Klaudii oraz Krystyny, terapeuta może pomóc im w dostrzeżeniu tego, co się takiego dzieje, że trudności związane z wejściem i podtrzymaniem relacji intymnej pojawiają się u nich. Pokaże także, jak nad nimi pracować. W przypadku wspomnianych rozmówczyń, wskaże, dlaczego zakochują się w niedostępnych im mężczyznach (mających własne rodziny).

Każdej relacji interpersonalnej towarzyszą określone emocje. W rodzinie alkoholowej „trzeba odseparować się od nich i nie czuć. Także nadzieja i miłość mogły być wiele razy boleśnie zawiedzione i zranione. Bezpieczniej jest więc stłumić je w zarodku. Efektem tego stanu rzeczy może być ogólne >>zamrożenie<<, pozorna bezuczuciowość lub odwrotnie - rozregulowanie życia uczuciowego wraz z huśtawkami nastrojów i nadmiernymi emocjami" (W. Sztander 2006, s. 20).

Jak wielu autorów wskazuje, dużą rolę odgrywają przeżyte traumy, które powodują nieprzedostawanie się uczuć całkowicie do świadomości bądź pozostawanie ich poza nią. Konsekwencją może być albo ponowne przeżywanie urazu w sytuacjach kojarzonych z traumatycznymi przeżyciami, bądź odrętwienie. „Psychiczne odrętwienie przyjmuje postać znieczulenia emocjonalnego, czyli ogólnego obniżenia intensywności przeżywanych uczuć i polega na oddzieleniu się >>ja<< od przeżywanej sytuacji. W miejsce żywych reakcji uczuciowych pojawia się specyficzny stan emocjonalny – zobojętnienie. Ponieważ uczucia stanowią bardzo istotną część ludzkiego życia, nadają mu treść i barwy, znieczulenie

emocjonalne pociąga za sobą utratę lub poważne zmniejszenie bogactwa i sensu życia. Konsekwencją odrętwienia psychicznego jest niemożność przeżywania bliskości w relacjach z innymi ludźmi, poczucie osamotnienia, pustki i wyczerpania emocjonalnego. Dorośli z rodzin alkoholowych albo celowo unikają innych, obawiając się odrzucenia, albo wchodzą w związki z przypadkowymi osobami, z którymi nie czują więzi emocjonalnej" (L. Bobkowicz-Lewartowska 2013, s. 116).

Ujmując aspekt relacji interpersonalnych z innymi ludźmi, zarówno z przyjaciółmi, jak również z partnerami, moi rozmówcy podkreślili także istotność **wsparcia emocjonalnego, które dałoby im poczucie bycia zrozumianymi i akceptowanymi oraz instrumentalnego w odniesieniu do tego, jak konstruktywna relacja damsko - męska powinna wyglądać**.

[Grażyna] *Potrzebuję tego wsparcia w aspekcie emocjonalnym. Właśnie terapii potrzebuję, w tym sensie, żebym sama umiała, w sumie, nie wiem... Żeby dowiedzieć się, co było nienormalne, a jak może być normalnie. Takiej kontrolki, czy rozsypie mi się mój świat, nie wiem. Bo w domu nigdy nie było wiadomo, kiedy będzie wojna, a kiedy tatuś przyjdzie w takim, a nie innym stanie i czy będzie cicho, czy nie będzie cicho. Ja pamiętam, że dopóki mieszkałam w domu nienawidziłam spać, nienawidziłam nocy- dosłownie. Jak ja miałam iść spać, to wiedziałam, że to będzie koszmar. Chciałam w ogóle, żeby noc nie istniała, bo ja zasypiałam przeważnie tak gdzieś koło trzeciej albo czwartej godziny, a o szóstej się wstawało do szkoły. Tak, to ja leżałam w łóżku, miałam zamknięte oczy i się przewracałam z boku na bok i nienawidziłam spać. To był normalnie koszmar, koszmarem była noc.*

[Alicja] *W emocjonalnym - to było coś, co było moim, taką dużą wrażliwością i tu się czułam totalnie jakoś niezrozumiana, pogubiona, nawet zanegowana. (...) No jakby, kto miałby mi pomóc. Zazwyczaj pomagałam sama sobie. Natomiast miałam takie poczucie, że to jednak rodzice powinni, a tego nie zrobili. No i tyle.*

[Krystyna] *To jest trudne, bo na końcu, to pewnie musiałaby być jakaś opieka psychoterapeutyczna jedynie. No, bo to były deficyty, jakby, emocjonalne z mojej strony, czy deficyty wiary w siebie, czy deficyty postrzegania, jak związek damsko- męski powinien wyglądać. To brakowało tego gdzieś. Nikt mi tego wcześniej nie uświadomił, że ludzie powinni być partnerami a nie, że żona robi wszystko w chacie i może też zarabia i pracuje jeszcze, dodatkowo. Że to po prostu było nierówne pod tym względem. Gdzieś tak to było, no, żeby generalnie chyba gdzieś tam, taka psychoterapeutyczna raczej pomoc, jednak. Teraz tak to widzę, bo wtedy nawet nie myślałam, że jakiejś pomocy potrzebuję, no bo oczywiście były przyjaciółki, ale przyjaciółki: >>no tak, rzeczywiście<</ >>No, no, no, no<<- ale co, no?- No nic- wysłuchały, wysłuchały i nic.*

„Dziecko radzi sobie z traumatycznymi doświadczeniami w rodzinie tak, jak jest to możliwe i jak się od niego oczekuje - przez silne tłumienie, wręcz >>zamrażanie<<, uczuć. Dotyczy to jednak także uczuć pozytywnych. Człowiek >>zamrożony<< nie umie być

spontaniczny i nie potrafi się bawić nawet wtedy, gdy jest do tego okazja. (…) Radość, zabawa i spontaniczne okazywanie uczuć były reakcjami nieadekwatnymi. Potrzeby w tym zakresie musiały być silnie frustrowane, co często prowadziło do ich ostatecznego wyparcia" (Z. Sobolewska-Mellibruda 2011, s. 26). W dorosłym życiu osoby pochodzące z rodziny alkoholowej również mają trudność w przeżywaniu przyjemnych emocji.

Adam podkreślił, że jest to obszar, nad którym najintensywniej chciałby popracować podczas procesu terapeutycznego.

[Adam] *Chyba emocji pozytywnych, bo mi się wydaje, tych negatywnych naprawdę było dużo, bardzo mało tych pozytywnych dostawałem. Wiecznie mi gdzieś teraz brakuje, ale też radzenia sobie z nimi. Gdzieś, jak na grupie i tak dalej, nie wiem, czy przyjmowania tych pozytywnych, radzenia sobie z negatywnymi. To chyba jednak najbardziej w tym.*

Z kontekstów wypowiedzi moich rozmówców można wywnioskować, że terapia jest dla nich ważna, ponieważ daje im przestrzeń do rozmowy, „wygadania się", a sam specjalista jest osobą, która **okazuje im zrozumienie i akceptację**.

[Damian] *Jakoś lepiej się czuję, jak jestem w terapii i no nie umiem konkretnie powiedzieć, co to jest takiego... To jest jakaś taka magia, trochę. Mówisz o tym, co tam ci leży, z czym sobie nie radzisz i jest coś takiego, że jak ci ten terapeuta powie, to jakoś łatwiej ci to wszystko przełknąć. Nie wiem, nie wiem, na czym to polega. Wiem, że powinienem sobie sam z tym radzić, bo kurczę już osiem lat jestem w różnych tam terapiach. Czas w końcu, żeby się usamodzielnić i byłem naprawdę przekonany, że jak ten rozwód jakoś się tam przepchnie i że to już będzie koniec, a to niestety jest jednak jeszcze... Ciągnie się za człowiekiem.*

8.2.9.3. Wsparcie społeczne (nie)otrzymywane przez dorosłe dzieci alkoholików

Współcześnie istnieją różne formy wsparcia dorosłych dzieci alkoholików. Mogą one uzyskać pomoc zarówno w formie terapii indywidualnej, grupowej, grup samopomocowych czy różnego rodzaju warsztatów/ treningów rozwoju interpersonalnego itp.

Moi rozmówcy, jak wynika z poprzedniego podrozdziału, stosunkowo jasno określili, w jakich obszarach omawianego wsparcia potrzebują oraz jaki jego rodzaj miałby być im udzielany. **W rozdziale tym chciałabym zaakcentować problematykę związaną z otrzymywanym wsparciem społecznym przez moich rozmówców oraz ich ocenę dotyczącą jego jakości. Zwórcę także uwagę na te czynniki, które, w ich percepcji, warunkują ic zadowolenie z otrzymywanego wsparcia społecznego**.

Wszyscy zadbali o to, by omawiane wsparcie otrzymywać. Wiedzieli też, gdzie udać się, by je pozyskać. Niektórzy z nich wskazali, że wciąż są w trakcie terapii i mają potrzebę jej kontynuowania.

[Anita] *Odkąd istnieje ta terapia, ja nadal potrzebuję jej, mimo wszystko, bo kiedy się zaczyna, to trzeba to skończyć i ja jeszcze jestem w trakcie. Więc mimo wszystko dużo w tej terapii jednak osiągnęliśmy i tym podobne. Ja bym mogła zakończyć, ale chcę więcej, żeby być pewną, że wszystko będzie dobrze. Bo na tyle, ile nadal zdarza mi się czuć źle, na tyle czuję się w tym wszystkim lepiej, bo wiem, jak to kontrolować, jak się zachowywać w takiej sytuacji. Więc to jest całkowicie inaczej.*

[Krystyna] *Chciałabym być jeszcze w tej terapii, bo wiesz, o ile sporo gdzieś tam już przerobiłam, to tak myślę, że gdzieś, no, że jeszcze trochę przede mną i mam takie poczucie, że chciałabym wciąż mieć tą relację z moją terapeutką.*

[Grażyna] *Cały czas z tą moją terapeutką. A ja się teraz uczę, dosłownie od terapeutki, co uważałam kiedyś za normalne i co jest w normie, gdzie wcale to nie było w normie, a jak może być normalnie, bo ja się potrafiłam nawet spytać terapeutki, czy istnieją na świecie normalne rodziny, czy można mieć normalny związek, gdzie jedno drugiego nie poniża, gdzie facet nie wychowuje żony, tylko po prostu z nią żyje. I dopiero od terapeutki się dowiedziałam, że tak, są takie rodziny, są tacy ludzie. No, to ja mówię, to ja nie znam nawet jednego faceta, który by taki był. Ona mówi: >>ty znasz, tylko oni nie są w twoim zasięgu, ty ich nawet odpychasz<<. No właśnie. Bo na jakim poziomie, nie wiem, myślami, nie wiem, jak to nazwać, na jakim poziomie jestem, to takich ludzi przyciągam. Co nie? Więc jeszcze wiem, że mam dużo do roboty, bo na razie, to nie poznaję normalnych facetów. Tylko takich, którzy chcieliby wychować swoją żonę. Nie wychować, przepraszam- podporządkować.*

Niektórzy z moich rozmówców doświadczyli w ciągu swojego życia różnych rodzajów terapii, z których są usatysfakcjonowani i aktualnie nie mają potrzeby otrzymywania żadnego, specjalistycznego wsparcia z zewnątrz.

[Alicja] *Jestem po tych sesjach hipnoterapeutycznych i to mi bardzo dużo dało, dlatego jestem pełna dla siebie, w tym wywiadzie, uznania, bo to były trudne tematy i myślę sobie, nie myślę, jestem przekonana, że gdybym nie miała tego pozałatwiane, nie byłabym w stanie z tobą rozmawiać. Zmęczył mnie temat wracania, przypominania sobie różnych rzeczy, ale to jest takie zmęczenie tu* (wskazanie na okolicę głowy). *Odtwarzanie tych, przypominanie sobie tych różnych rzeczy. Się okazuje, że wiele nie pamiętam, ale jakoś nie jest mi z tym źle. Tak na początku się wystraszyłam, czy ja chcę w ogóle, ale sobie pomyślałam, że nie, skoro jakby zdecydowałam się, to jest też jakby taki trochę mój myk, że nic się nie dzieje bez przyczyny, więc jeżeli tu jesteś, to być może ma to jakiś sens. I tak, ma to sens, ponieważ to, co przed chwilą powiedziałam, ja to pamiętam, drży mi czasami głos, jak mówię, nie wiem, czy ty to słyszysz, ja to czuję, po prostu. Ale ja tego tak nie przeżywam. Nawet, kiedy sobie przypominam takie rzeczy, to tak, jakby wiem, że w nich uczestniczyłam, gdzieś mam jakąś tam część pamięci, tych doświadczeń, ale to mnie tak nie rozwala. Jestem z tego mega dumna. (...) Tak myślę, że koniec- jak to mówią, mistrz przychodzi, kiedy uczeń jest gotów. Czyli jakaś forma pracy przychodzi, kiedy człowiek jest na nią gotowy i te wszystkie moje działania terapeutyczne doprowadziły mnie do tego, że się zdecydowałam właśnie na hipnoterapię i to była dobra decyzja.*

[Sławek] *Ja gdzieś tam sporo już przeszedłem tych różnych terapii, tak naprawdę, no, więc aktualnie chyba nie chcę jakiejś już takiej formy pomocy, to znaczy, no nie czuję, żebym potrzebował.*

W odniesieniu do problematyki wsparcia społecznego, bardzo istotną rolę odgrywa jego **dostępność**. O ile moi rozmówcy akcentowali, że w okresie dzieciństwa i adolescencji brak otrzymywanego wsparcia społecznego wiązał się przede wszystkim z ich niewiedzą dotyczącą tego, gdzie mogą je uzyskać, o tyle **w okresie dorosłości, posiadając taką wiedzę, akcentowali, że wsparcie instytucjonalne, które otrzymywali/otrzymują, nie satysfakcjonuje ich w pełni ze względu na zbyt niską intensywność spotkań z terapeutą**.

[Damian] *Generalnie, jakby to powiedzieć, ja gdzieś byłem, jestem zadowolony z pomocy mojej terapeutki, ale nie ukrywam, że to* (wulgaryzm) *czekanie na spotkanie jest co najmniej irytujące. Jakoś tak, mam wrażenie, że za długo, a zwłaszcza, jak miałem ten okres po rozwodzie, to potrzebowałem częściej jakoś to przegadać.*

[Konrad] *Generalnie to spoko, wiesz, ale też rzadko u niej bywałem, bo to termin, bo to coś tam, bo to, wiesz, NFZ i tak widzisz… Jakoś czuję, że dobrze byłoby mieć częściej te wizyty.*

Pisząc o otrzymywanym wsparciu społecznym, nie należy zapominać o tym, że „zarówno badania podejmowane z perspektywy teorii przywiązania, jak i inne analizy empiryczne wskazują, że troska i wsparcie uzyskiwane od najbliższych odgrywają ważną rolę" (I. Grzegorzewska 2013, s. 62). Mimo że moi rozmówcy nie akcentowali, jakoby oczekiwali innych form wsparcia, to z ich wypowiedzi wynika, że **istotną rolę w aktualnym funkcjonowaniu odgrywa nieinstytucjonalna sieć wsparcia społecznego w postaci przyjaciół i członków dalszej lub bliższej rodziny**.

Dla Katarzyny taką osoba był i wciąż jest jej nieuzależniony ojciec.

[Katarzyna] *Tata jest dla mnie osobą, która, pomimo tego, że mam przyjaciół, to ojciec, mój tata, jest dla mnie osobą totalnie i na sto procent, nawet na dwieście bezinteresowną. On po prostu będzie zawsze. Ja o tym wiem. Że ja na mojego tatę mogę liczyć, jak na nikogo w życiu. Że tata jest nie tylko moim tatą, ale jest moim największym przyjacielem. Nigdy w życiu mnie nie skrytykował, a wie o mnie wszystko. Wie o mnie wszystko, absolutnie wszystko, nic przed nim nie ukryłam, nigdy mnie nie skrytykował. Zawsze mógł mi ewentualnie powiedzieć: >>wiesz Kasia, tego pana nie chciałbym poznać. Jak chcesz, to tam jest, ty jesteś duża, ale to nie jest dla ciebie towarzystwo, dla mnie mężczyzna tak się nie zachowuje<<. On mnie nigdy nie odrzucił. W żaden sposób.*

Dla Krystyny wsparcie rodziców również jest bardzo istotne, zwłaszcza gdy przechodziła przez trudny okres swojego życia, jakim był rozwód z mężem.

[Krystyna] *No oni mnie wspierają, ten rozwód, to też mnie wspierali. Miałam trochę też, odświeżałam w domu wszystko, to też mama się bardzo zaangażowała. Tata, siłą rzeczy, też. Znaczy, mnie wspierają*

i tam finansowo i dzieci moje też. Czy mama ich ubiera, czy tam pomagają mi, jak mogą, no dużo, rzeczywiście. Pomagają mi też, wspierają mnie.

Oprócz wsparcia najbliższej rodziny moi rozmówcy podkreślali istotność pomocy ze strony przyjaciół, sąsiadów, którzy często, także w sytuacjach kryzysowych, pełnili w ich życiu bardzo istotną funkcję.

[Katarzyna] *Dużo ludzi mi pomogło, tak, jak zmarła moja mama, gdzie cztery dni po pogrzebie zostałam w tym mieszkaniu sama, w tym mieszkaniu, to moja sąsiadka, która ma sześćdziesiąt sześć lat, po prostu miała klucze, bo w razie, jakby się coś działo, to ją proszę, żeby weszła, na przykład, żelazko nie wyłączone. A jest na emeryturze, to ma i ona po prostu przychodziła, otwierała sobie tutaj kluczem, patrzyła, jaki jest stan, wzięła sobie herbatę, usiadła i czekała aż zasnę. I cały boży tydzień, po prostu była. Tak, że ja nie zostałam sama, nawet w tej traumie, nawet, jak mój tata musiał mnie tu zostawić samą. Po tygodniu poszłam do pracy, bo stwierdziłam, że ja to muszę zrobić, bo się pogrążę w tym. Ja widziałam smutek w tych wszystkich ludziach, w tym biurze i widziałam, jak oni są empatyczni ze mną. Że ja mam drugą stypę, po prostu, tam, w tym* (nazwa miejsca pracy)*. Ja wiem też, że przeżywanie tego, co się stało, jest wynikiem sympatii do mnie. I to, że jest im wszystkim naprawdę przykro, że coś takiego się wydarzyło. To było szczere.*

[Klaudia] *Są przyjaciele. Pewnie, że tak, ale wpadną na chwilę. Są kochani, zrobią zakupy, zaoferują pomoc i wszystko i wielokrotnie byli dla mnie oparciem, w trudnych momentach.*

* * *

Moi rozmówcy będąc osobami dorosłymi, dostrzegali, że stosowane przez nich przez lata schematy zachowań w rodzinie pochodzenia, są dla nich destrukcyjne w innych płaszczyznach funkcjonowania w aktualnej rzeczywistości. Potrafili (często dzięki pomocy specjalisty), znaleźć źródło doświadczanych trudności. Było nim „nieidealne" funkcjonowanie systemu rodzinnego, w którym się wychowywali. Stanowiło to punkt zwrotny w postrzeganiu samych siebie, swoich bliskich i podjęciu szeregu działań, które miały na celu pomóc im w prowadzeniu bardziej satysfakcjonującego życia.

Sytuacjami przełomowymi, w wyniku których moi rozmówcy zaczęli szukać wsparcia, były: dostrzeżenie schematycznie powtarzających się trudności w związkach intymnych, choroba, która znacznie zaburzyła ich funkcjonowanie i niejako zmusiła do pójścia do specjalisty - do późniejszych działań pomocowych dołączyli się psycholodzy/ psychiatrzy, którzy wskazali chorującym źródło ich trudności. Paradoksalnie wystąpienie sytuacji kryzysowej w ich życiu było czymś, co zapoczątkowało proces pomocowy i zmiany w ich życiu.

Moi rozmówcy, mówiąc o aktualnie oczekiwanym wsparciu społecznym, podkreślali istotność instytucjonalnych form pomocowych, a konkretniej - terapeutycznych. Jak wynika z ich narracji, **pomoc psychoterapeuty pomaga im w kilku obszarach**:

- w zrozumieniu samych siebie i doświadczanych trudności;
- w lepszym radzeniu sobie z emocjami i adekwatniejszą ich identyfikacją;
- w bardziej konstruktywnym funkcjonowaniu w związku intymnym;
- w kształtowaniu postawy asertywnej w kontaktach z ludźmi;
- w niektórych przypadkach omawiana pomoc wynika z aktualnie doświadczanych kryzysów sytuacyjnych, z którymi mają trudność w poradzeniu sobie; przykładem było rozstanie mojej rozmówczyni z mężem i doświadczanie przez to nieprzyjemnych stanów emocjonalnych oraz umiejętności funkcjonowania bez mężczyzny u boku.

Mimo otrzymywanego wsparcia terapeutycznego, dorosłe dzieci alkoholików podkreśliły, że wciąż ważne są dla nich następujące **obszary funkcjonowania, w których mają potrzebę rozwoju i pomocy**:

- emocje - umiejętność ich identyfikowania, nazywania i doświadczania;
- relacje z ludźmi, zarówno z przyjaciółmi, jak i z partnerem.

Badani najczęściej i najbardziej podkreślali w swoich narracjach, że **potrzebują pomocy w aspekcie wchodzenia i utrzymywania relacji intymnych**. Tym, co było dla nich najtrudniejsze, to przede wszystkim **dostrzeżenie swojej roli w związku, trudności, których doświadczają w relacji z drugą osobą, destrukcyjnych schematów postępowania, które okazywały się nieefektywne oraz w ogóle umiejętności rozmawiania z płcią przeciwną**.

Jak wynika z wypowiedzi rozmówców, którzy nie są w związku intymnym, istotnym byłoby dla nich zrozumienie, dlaczego najbardziej podobają im się osoby niedostępne, np. będące w zalegalizowanym związku małżeńskim, oraz w jaki sposób zainicjować bliższą relację z drugą osobą. Można postawić hipotezę, że ich trudności wynikać mogą z pozabezpiecznego stylu przywiązania, niedoświadczania z osobami ważnymi z okresu dzieciństwa i adolescencji bliskości, zrozumienia i akceptacji, a tym samym braku wzorców prawidłowych relacji pomiędzy kobietą i mężczyzną.

Zasady przestrzegane w rodzinie pochodzenia: „nie mów", „nie czuj", „nie ufaj", są tak intensywnie wdrukowane w sposób ich funkcjonowania, że towarzyszą im również w tych płaszczyznach relacji międzyludzkich, w dorosłym życiu, w których okazują się być nieefektywne. Stąd dużą rolę, w życiu dorosłym, przywiązują do rozpoznawania tych sytuacji,

w których próbują je stosować i do zmieniania swojego postępowania na bardziej rozwojowe dla nich samych.

Pisząc o wsparciu społecznym, istotną rolę odgrywa kompatybilność pomiędzy wsparciem oczekiwanym a rzeczywiście otrzymywanym. Istnieje szereg różnych rodzajów pomocy dorosłym dzieciom alkoholików - te bezpośrednio skierowane do nich to np. psychoterapia indywidualna ukierunkowana na ich potrzeby i trudności, terapia grupowa czy grupa samopomocowa. Można wskazać również na te, które nie są ukierunkowane jedynie na pomoc omawianej grupie osób, ale z których mogliby oni również skorzystać, np. różnego rodzaju treningi interpersonalne, warsztaty psychoedukacyjne itp. Istotne jest to, że moi rozmówcy mając świadomość doświadczanych trudności, **potrafią aktywnie poszukiwać wsparcia społecznego i je mobilizować. Najczęściej korzystają oni z psychoterapii indywidualnej, a części z nich zdarzało się uczestniczyć w spotkaniach grup samopomocowych lub terapeutycznych. Tym, co stanowiło o ich ewentualnym mniejszym zadowoleniu z otrzymywanych form pomocy, była ich (nie)dostępność bądź niska częstotliwość wynikająca np. z braku miejsc w określonej poradni**.

Według moich rozmówców, mimo że nie podkreślili tego wprost, istotną rolę odgrywały pozainstytucjonalne formy wsparcia społecznego. Ważni byli dla nich przyjaciele oraz rodzina. To oni towarzyszyli im w trudnych momentach życia.

Odwołując się do narracji badanych, należy wskazać na istotność zauważania przez nich samych trudności i umiejętności **mobilizowania wsparcia społecznego. Takie funkcjonowanie, mimo problemów, z jakimi się borykają, wskazuje raczej na umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych i tym samym stanowi ważny zasób, jakim dysponują**.

Zakończenie

Przedmiotem przedstawionych weryfikacji empirycznych są doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików, które ukończyły jakąś formę terapii (indywidualnej lub/ i grupowej) oraz wsparcie społeczne oczekiwane i otrzymywane w biegu ich życia. Narracje dokonane przez moich rozmówców stały się podstawą analizy znaczenia jakie im nadają oraz powiązań związanych z dorastaniem w rodzinie alkoholowej a ich aktualnym funkcjonowaniem i zapotrzebowaniem na wsparcie społeczne. W badaniach wykorzystałam metodę biograficzną. Umożliwiło to dotarcie do głębi przeżyć oraz doświadczeń tej grupy osób.

Heterogeniczność grupy badawczej, związana zarówno z ich wiekiem, płcią, miejscem pochodzenia, odzwierciedlona została w ich przeszłych i aktualnych doświadczeniach i sprawiła, że uzyskany materiał badawczy jest wielowątkowy i różnorodny. Stanowi to potwierdzenie ekwipotencjalności i niemożności deterministycznej analizy funkcjonowania jednostki dorastającej w rodzinie dysfunkcyjnej- różne spektrum zaburzeń indywidualnych. Mimo wymienionych różnic, moich rozmówców łączy wiele wspólnych aspektów związanych z ich przeszłym i aktualnym funkcjonowaniem. Największą istotność nadali doświadczeniom związanym z dorastaniem w rodzinie alkoholowej, które w sposób znaczący rzutowały na niektóre obszary ich życia i uwydatniały wspólne im trudności. Dla pedagoga, słuchanie narracji osób przedstawiających trudne, niekiedy traumatyczne doświadczenia, które w toku wypowiedzi często dokonywały refleksji nad swoim życiem i, jak same podkreślały- poszerzały samoświadomość, było cenne, bowiem umożliwiło nie tylko opisanie specyfiki trudności, z jakimi borykają się dorosłe dzieci alkoholików, ale również ich zasobów, sposobów radzenia sobie i zapotrzebowania na wsparcie społeczne. W tym obszarze, wskazane narracje, stają się ważnym źródłem informacji mogącym poszerzyć aspekt teoretyczny, ale również praktyczny związany z pomocą tej grupie osób.

W literaturze przedmiotu, akcentując specyfikę funkcjonowania systemu alkoholowego oraz poszczególne role psychologiczne członków rodziny, duża istotność nadawana jest przeżywaniu przez nich nieprzyjemnych emocji związanych z dysfunkcjonalnością rodziny szczególnie zauważalną w dynamice interakcji zachodzących pomiędzy poszczególnymi osobami ją tworzącymi (J. G. Woititz 1990; W. Sztander 1997; P. Mellody 2005; S. Wedscheider- Cruse 2000). Odzwierciedlone to zostało w narracjach moich rozmówców, którzy podkreślali doświadczanie lęku, złości, poczucia bezradności, pustki. Równocześnie akcentowali tendencję do bycia „w ciągłym czuwaniu", które intensyfikowało narastające w nich napięcie psychiczne i bywało eksternalizowane wystąpieniem objawów

psychosomatycznych bądź/ i przedwczesnym używaniem środków psychoaktywnych. Borykali się z różnego rodzaju trudnościami związanymi z zaburzeniami odżywiania, czy nadmierną intoksykacją chemiczną w okresie adolescencji. W tak trudnych dla nich momentach bywało, że nie mogli liczyć na wsparcie najbliższych im osób- rodziców.

W literaturze przedmiotu istotność nadaje się nieobecności emocjonalnej i/ lub fizycznej rodzica uzależnionego od alkoholu, w płaszczyźnie nierealizowania przez niego funkcji rodzicielskich i ról społecznych oraz związanej z tym przemocy względem dzieci, które często same muszą przejmować jego obowiązki: „elementem charakterystycznym dla rodziny alkoholowej jest przejmowanie zadań i ról społecznych osoby uzależnionej przez pozostałych członków rodziny" (J. Berlińska 2017, s. 87). Uzyskane wyniki badań potwierdzają tę zależność. Dorosłe dzieci alkoholików podkreślały, że w okresie dzieciństwa i adolescencji realizowały obowiązki, które przekraczały ich możliwości rozwojowe i/ lub fizyczne. Obciążanie dzieci zadaniami, które nie są odpowiednie do ich wieku rozwojowego i przekraczają ich możliwości zaradcze, a powinny być realizowane przez rodzica, sprzyja wystąpieniu parentyfikacji.

Dorosłe dzieci alkoholików akcentowały, że ich rodzic borykający się z problemem uzależnienia od alkoholu nie okazywał im wsparcia i często nie angażował się emocjonalnie w ich wychowywanie. Takie funkcjonowanie nabierało szczególnego znaczenia w okresie adolescencji, jeśli uzależniony był tej samej płci, co moi rozmówcy. Nie mając wzoru funkcjonowania mężczyzny/ kobiety w relacjach heteroseksualnych, sami nie wiedzieli, jak je inicjować i podtrzymywać. Stąd podkreślali trudność w nawiązaniu bliższych relacji, która wynikała z nieumiejętności konstruktywnej komunikacji i z ich niskiego poczucia własnej wartości.

Obecność uzależnionego rodzica wiązała się najczęściej ze stosowaniem przemocy psychicznej i/ lub fizycznej wobec moich rozmówców. W ich narracjach akcentowany był charakter relacji z uzależnionym rodzicem, który nabierał jednowymiarowej specyfiki: sprawca- ofiara. W tę diadę bywał również angażowany nieuzależniony rodzic.

Niepijący rodzic, w narracjach moich rozmówców, był przedstawiany dychotomicznie w płaszczyźnie jego zaangażowania w proces wychowawczy dzieci. Z jednej strony odgrywał ważną rolę, ponieważ w relacjach z niektórymi stwarzał poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia i dostępności emocjonalnej. Jego zachowanie mogło być jednym z istotnych czynników ochronnych w rozwoju narratorów. Z drugiej strony bywał przedstawiany jako jednostka niedojrzała emocjonalnie, sama wymagająca opieki i zachowująca się w sposób nieodpowiedzialny. Skrajność w opisie trzeźwego rodzica wskazuje na specyfikę relacji, jaką

nawiązywali z nim moi rozmówcy. Zazwyczaj podkreślano jego nadmierne zaangażowanie w ich aktywność, samodzielne podejmowanie decyzji i autonomię, wikłające ich w symbiozę destrukcyjną, utrudniającą przejście procesu separacji- indywiduacji i opuszczenie gniazda rodzinnego. Robili to zarówno poprzez nadmierne wyręczanie w obowiązkach, jak również poprzez wzbudzanie poczucia winy. Sprzyjało to tworzeniu triad w systemie alkoholowym i utrudniało rozwój tożsamości związany z rozwojem samoświadomości własnych potrzeb i uczuć.

Dynamika funkcjonowania w relacjach z rodzicami uwypukla, przytaczaną w literaturze przedmiotu, specyfikę granic wewnętrznych oraz zewnętrznych systemu alkoholowego (A. Margasiński 2011; W. Sztander 2006; E. Włodarczyk 2016; M. Plopa 2011). Te pierwsze najczęściej są rozmyte i niejasne, z kolei drugie ze wspomnianych najczęściej bywają zamknięte, co utrudnia wymianę informacji pomiędzy poszczególnymi członkami tworzącymi rodzinę a środowiskiem zewnętrznym, któremu niełatwo interweniować w sytuacjach trudnych. Ich stabilność wzmacniana jest przez respektowanie trzech zasad: „nie ufaj"; „nie czuj"; „nie mów". Analiza narracji pozwoliła dookreślić, jak wyróżnione zasady były przestrzegane w rodzinach moich rozmówców. Pierwsza („nie ufaj"), została przez nich zinternalizowana w wyniku doświadczania nieprzewidywalności zachowań rodziców- przede wszystkim uzależnionego, ale także otrzymywania sprzecznych komunikatów z ich strony- jednego dnia dane zachowanie bywało nagradzane, innego- nieaprobowane. Skutkowało to trudnością w funkcjonowaniu moich rozmówców oraz wykształcaniu ufności nie tylko wobec innych osób, ale przede wszystkim wobec samych siebie- swoich przekonań, uczuć, potrzeb i ich identyfikacji. Zasada „nie czuj" pełniła dwojaką funkcję- z jednej strony chroniła przed doświadczaniem nieprzyjemnych emocji związanych z bardzo trudnymi, niekiedy traumatycznymi zdarzeniami, z drugiej utrudniała moim rozmówcom rozpoznawanie własnych emocji i przeżywanie także tych przyjemnych. Pozbawiała ich zatem orientacji w swoich przeżyciach, co skutkowało poszukiwaniem wskaźników z zewnątrz, w innych ludziach, którzy wskazywaliby im, co jest poprawne, a co nie. Zasada „nie mów" towarzyszyła moim rozmówcom zarówno w granicach systemu rodzinnego i tam była wzmacniana przez członków rodziny, ale także poza nim. Rodzice podkreślali, że nie należy poruszać kwestii związanych z chorobą uzależnionego i trudnościami, z którymi się borykają, wzmacniając tym samym system iluzji i zaprzeczeń. Często niemówienie odnosiło się również do sfery związanej z otwartą komunikacją. Analiza narracji moich rozmówców pozwoliła dostrzec, że ich rodzice często zamiast komunikować wprost czego od siebie oczekują, woleli uzewnętrzniać narastające w rodzinie napięcie poprzez prowokowanie kłótni o teoretycznie błahe kwestie związane z ich

codziennym funkcjonowaniem. Poza granicami systemu rodzinnego również nie poruszano kwestii problematycznych związanych z funkcjonowaniem w rodzinie. Było to spowodowane przede wszystkim odczuwaniem wstydu przez moich rozmówców przed rówieśnikami. W konsekwencji rzadko zapraszali do swojego domu znajomych, a jeśli już to robili, odczuwali przy tym strach związany z obawą przed tym, czy uzależniony rodzic będzie trzeźwy, czy pijany i jak wobec tego się zachowa. Specyfika funkcjonowania systemu rodzinnego utrudniała niekiedy rozwój relacji interpersonalnych osób dorastających w rodzinie alkoholowej.

Odnosząc się do problematyki jakości interakcji rówieśniczych, także zauważalna jest dychotomia w uzyskanym materiale badawczym. Część rozmówców pozytywnie wspominała okres szkolny i relacje, jakie wówczas nawiązywała z innymi ludźmi. Przede wszystkim związane to było z możliwością przeżywania spontaniczności, bezpieczeństwa i swobody, których nie doświadczali w domu rodzinnym, a które stanowią naturalną potrzebę każdego dziecka i adolescenta. Ważną rolę odgrywało poczucie przynależności oraz bycia akceptowanym i rozumianym. Druga grupa rozmówców podkreślała trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami. Jak wskazywali, wiązały się one z niemożnością dzielenia wspólnych pasji i zainteresowań z kolegami i koleżankami, bądź ich wycofaniem w kontaktach z nimi. Analiza części narracji uwydatniła pewną zależność: osoby, które doświadczyły bliskiej relacji z jednym z rodziców dobrze wspominają swoje relacje rówieśnicze, z kolei ci, dla których kontakt z obojgiem opiekunów był powierzchowny, akcentowali trudność w relacjach z kolegami i koleżankami.

Dorosłe dzieci alkoholików w wywiadach szczególnie podkreślały trudności indywidualne oraz w relacjach intymnych w okresie dorosłości. Dotyczyły one przede wszystkim następujących obszarów: borykanie się z depresją; nadmierne stosowanie środków psychoaktywnych, strach przed odrzuceniem przez bliską osobę, nadmierne zaspokajanie potrzeb partnera kosztem własnych pragnień oraz zazdrość i potrzeba kontroli, niskie poczucie własnej wartości i lęk przed *zdemaskowaniem,* problemy komunikacyjne. Rzutowały one w sposób znaczący na ich poczucie satysfakcji z relacji partnerskiej i często generowały konflikty, które w konsekwencji doprowadzały do rozpadu związku. Analiza narracji pozwoliła dostrzec, że moi rozmówcy powielali schematy funkcjonowania z domu rodzinnego w wielu obszarach ich dorosłego życia. Wspomniane schematy były funkcjonalne w systemie alkoholowym, jednak nie odgrywały swojej roli poza jego granicami. Powodowały, że dorosłe dzieci alkoholików miały trudności w nawiązywaniu bliskich relacji intymnych albo nie były do końca szczęśliwe i spełnione w już istniejących.

W pierwszym przypadku część rozmówców podkreślała chęć bycia z osobą, która z różnych przyczyn była im niedostępna (np. z osobą będącą w zalegalizowanym związku małżeńskim). Mimo doświadczanego braku korzyści z zainicjowanej relacji i braku perspektyw na jej rozwój, wskazywali na wewnętrzną potrzebę utrzymywania jej. Wiązało się to z doświadczaniem przez nich szeregu trudnych sytuacji- odrzucenia, zawodu.

Rozmówcy, wspominając swoje przeszłe bądź/ i aktualne relacje intymne (byli lub są w długoletnim związku) wskazywali na problemy, które pojawiały się w zainicjowanych kontaktach, a które odpowiadają tym, prezentowanym w literaturze przedmiotu (Z. Sobolewska- Mellibruda 2011; T. Cermak, J. Rutzky 1998; E. Włodarczyk 2016). Sposób ich funkcjonowania w relacjach partnerskich obrazuje problem związany przede wszystkim z respektowaniem własnej i czyjejś autonomii, szanowaniem obopólnych granic, tendencję do wikłania się w relację symbiotyczną, wykazując silną potrzebę bycia blisko drugiej osoby niezależnie od poniesionych strat. Wspomniane zacieranie granic było efektem licznych obaw i wiążących się z nimi sposobami funkcjonowania w bliskiej relacji.

Akcentowaną przez moich rozmówców trudnością była obawa przed odrzuceniem z powodu ich wyglądu, bądź sposobu zachowywania się. W rezultacie nadmiernie starali się zaspokajać potrzeby partnera zapominając przy tym o własnych. Wyręczali go w obowiązkach, robili to, co on chce, pozwalając przy tym na przekraczanie własnych granic. Zachowywali się wobec niego lojalnie i podtrzymywali związek z obawy przed samotnością. W związkach intymnych niektórych rozmówców pojawiała się przemoc psychiczna i/ lub fizyczna. Przybierała ona postać obelg, kłótni związanych z naruszaniem nietykalności fizycznej partnera interakcji, bądź odwrotnie- brakiem komunikacji werbalnej i tzw. „cichymi dniami", w których narastało napięcie.

W rezultacie w narracjach moich rozmówców uwydatniona została kolejna trudność w nawiązywanych przez nich relacjach intymnych- problem z konstruktywną komunikacją w związku. Często bywa ona pochodną respektowania zasad „nie mów" i „nie czuj", które spełniając swoją funkcję w rodzinie alkoholowej, nie okazały się funkcjonalne w dorosłym życiu moich rozmówców. Nie potrafili oni konstruktywnie rozwiązywać problemów w obawie przed kłótnią, ale również nie umieli wyrażać własnych potrzeb i mówić o przeżywanych emocjach. Z jednej strony wiązało się to z brakiem doświadczania adekwatnego przykładu poprawnej komunikacji pomiędzy ich rodzicami, z drugiej strony wynikało z trudności w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych.

Moi rozmówcy w swoich narracjach podkreślali istotność wpływu jakości relacji z rodzicami z okresu dzieciństwa i adolescencji, na ich aktualne doświadczanie relacji

intymnych. Akcentowali schematyczne powielanie sposobów funkcjonowania z relacji z uzależnionym rodzicem w relacjach ze swoimi partnerami. Zdarzało się, że postrzegali w nich swojego rodzica alkoholika i powtarzali repertuar zachowań odpowiadających relacji rodzic-dziecko. Równocześnie zinternalizowane zasady wyniesione z domu rodzinnego były także przestrzegane w dorosłym życiu, np. uległość kobiety względem mężczyzny. Towarzyszyły temu uczucia odpowiadające tym, których doświadczali w systemie alkoholowym- strach, złość, żal.

Analiza narracji dorosłych dzieci alkoholików pozwoliła dostrzec także ciągłość, w niektórych obszarach, w obrębie ich funkcjonowania w określonej roli psychologicznej. *Bohaterowie rodzinni*, u których przeważał perfekcjonizm w realizowaniu obowiązków edukacyjnych w szkole, aktualnie podejmując obowiązki zawodowe także wykonywali je z należytą sumiennością, jednak często zaniedbując przy tym inne obszary życia, przede wszystkim utworzoną przez siebie rodzinę. To, co nie znalazło swojego odzwierciedlenia w narracjach moich rozmówców, a co akcentuje literatura przedmiotu, to ich potencjalna ubogość w kontaktach interpersonalnych z innymi ludźmi. Osoby, u których dominowały cechy *bohatera rodzinnego* podkreślały swoje zadowolenie z nawiązanych przyjaźni i wskazywały na bogatą sieć wsparcia społecznego.

Osoby prezentujące rolę *kozła ofiarnego* podkreślały trudność w relacjach ze swoim rodzeństwem, z którymi stosunki często opierały się na poczuciu zazdrości, co bywało powielane również w ich dorosłym życiu. Niemotywowane przez rodziców i nauczycieli do realizowania się w płaszczyźnie edukacyjnej zaniedbywały obowiązki szkolne. W literaturze przedmiotu podkreśla się nieaprobowany społecznie sposób funkcjonowania *kozłów ofiarnych*, stosowanie przez nich używek i nawiązywanie destrukcyjnych relacji rówieśniczych (S. Wegscheider- Cruse 2000; B. J. Robinson, J. L. Rhoden 1998). Znalazło to częściowe odzwierciedlenie w narracjach moich rozmówców, którzy zazwyczaj dokonywali wczesnej inicjacji zażywania środków psychoaktywnych, niemniej jednak ta tendencja nie była charakterystyczna wyłącznie dla nich, bowiem inne osoby, w swoich narracjach, także wspominały o trudnościach związanych z paleniem papierosów, braniem narkotyków, czy piciem alkoholu w nadmiernych ilościach. Rozmówcy, u których dominowały cechy *kozła ofiarnego* aktualnie funkcjonują w sposób aprobowany społecznie, nie mają większych trudności w relacjach interpersonalnych i podtrzymywaniu przyjaźni. To, co w pewnym stopniu towarzyszy im w ich aktualnym funkcjonowaniu i było dla nich charakterystyczne również w okresie dzieciństwa i adolescencji, to odczuwana złość, która bywa eksternalizowana w toku realizacji obowiązków zawodowych. W swoich narracjach podkreślali, że miewają tendencję

do wchodzenia w konflikty ze swoimi pracodawcami i bywa, że nie panują nad swoimi emocjami.

Zagubione dzieci akcentowały charakterystyczne dla ich roli „bycie obok" systemu rodzinnego i funkcjonowanie we własnym, wykreowanym przez siebie świecie. Spowodowane to było brakiem zainteresowania ze strony rodziców i znacznym zubożeniem interakcji z nimi. Skutkowało trudnościami w nawiązywaniu relacji interpersonalnych w okresie dzieciństwa i adolescencji i zostało powielone w obszarze aktywności zawodowej, w której, jak wynika z narracji, mają tendencję do wycofywania się z pracy zespołowej, unikania realizacji określonych obowiązków zawodowych i brania za nie odpowiedzialności.

Maskotki charakteryzowane są w literaturze przedmiotu przez pryzmat tendencji do rozładowywania narastającego napięcia poprzez repertuar zachowań błazeńskich. W bezpośredniej interakcji z rozmówcami, u których dominowały cechy omawianej roli psychologicznej, dostrzegałam nieustający uśmiech na twarzy, mimo opowiadania o kwestiach bardzo trudnych z ich życia. W tych narracjach akcentowany był wątek relacji z rodzicami, szczególnie w kontekście angażowania się rozmówców w ich kłótnie w roli wybawcy. Sposób ich funkcjonowania przede wszystkim rozładowywał narastające napięcie, ale również odwracał uwagę od istniejącego w rodzinie problemu. Będąc osobami dorosłymi wykazują silną potrzebę interakcji z innymi ludźmi i podtrzymywania z nimi relacji. Mimo, że w literaturze przedmiotu, przy opisie omawianej roli psychologicznej, akcentuje się, że *maskotki* mają trudność w nawiązywaniu głębszych relacji intymnych, moi rozmówcy u których dominowały jej cechy byli jedynymi, którzy podkreślali duże zadowolenie z aktualnej relacji intymnej. Dostrzegają oni pewne trudności w relacjach z partnerem, ale, jak wskazują, efektywnie sobie z nimi radzą.

W problematyce związanej z funkcjonowaniem dorosłych dzieci alkoholików, biorąc pod uwagę szereg czynników ryzyka związanych z dorastaniem w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym, akcentuje się istotność wsparcia społecznego tej grupy osób. Analizując narracje dorosłych dzieci alkoholików można wskazać kilka istotnych obszarów związanych z niesieniem im pomocy: edukacja nauczycieli i pedagogów, rola czynników ochronnych i osób ważnych w ich życiu, instytucjonalne formy wsparcia.

Analiza narracji moich rozmówców pozwoliła na wysunięcie wniosku o trudności niesienia im wsparcia w okresie dzieciństwa i adolescencji z dwóch powodów: po pierwsze- podtrzymywanego systemu iluzji i zaprzeczania w rodzinie, które powodowały, że ci nie mieli świadomości, że wymagają pomocy, ponieważ schemat funkcjonowania ich rodziców jest dysfunkcyjny, po drugie- zamkniętych granic zewnętrznych systemu utrudniających podjęcie

interwencji przez osoby z zewnątrz. Osobami, które spędzają dużo czasu z dziećmi i młodzieżą i posiadają narzędzia, za pośrednictwem których mogłyby tej grupie osób pomóc, są pedagodzy i psycholodzy szkolni oraz nauczyciele. Jak wynika z narracji moich rozmówców, bywało tak, że pracownik szkoły wiedział o trudnościach, z którymi boryka się ich rodzic, niemniej jednak nie podejmował żadnych interwencji. Stąd istotna wydaje mi się edukacja grona pedagogicznego związana ze sposobami interwencji w sytuacji problemu alkoholowego w rodzinie wobec dzieci, młodzieży i ich rodziców oraz zaangażowanie innych instytucji w działania pomocowe. Istotną rolę mogą odegrać ośrodki pomocy rodzinie i ich pracownicy, którzy mają szansę podejmować działania bezpośrednio w systemie rodzinnym (np. asystent rodziny). Osoby te musiałyby jednak posiadać odpowiednią wiedzę związaną ze sposobami efektywnej interwencji w system rodzinny, by z jednej- strony modyfikować sztywność zachowań regulacyjnych ich członków, z drugiej strony- wspomóc ich w nabywaniu umiejętności innego, konstruktywnego funkcjonowania. Istotną rolę może odegrać praca z nieuzależnionym rodzicem, jego psychoedukacja i zmotywowanie go do podjęcia psychoterapii. Będąc jedyną dorosłą i trzeźwą osobą funkcjonującą w rodzinie, mógłby podjąć odpowiednie kroki, żeby pomóc sobie i dzieciom. Moi rozmówcy akcentowali w swoich narracjach istotność niesienia pomocy trzeźwemu rodzicowi, upatrując w tym nadzieję na zmianę sytuacji, w jakiej się znaleźli będąc dziećmi i adolescentami. Ostatecznym krokiem może być zaangażowanie Sądu Rodzinnego w celu zmuszenia rodziców do rozpoczęcia terapii.

Pomagając małoletnim funkcjonującym w rodzinie alkoholowej szczególną rolę odgrywa ich wsparcie emocjonalne, które może być okazywane zarówno przez specjalistów (psycholog, asystent rodzinny itd.), ale również przez nauczycieli nawiązujących z nimi codzienną interakcję w przestrzeni szkolnej. Analiza narracji potwierdza coraz szerzej poruszaną współcześnie, w literaturze przedmiotu, rolę czynników ochronnych, a w przypadku moich rozmówców, tzw. dobrych dorosłych. Podkreślali oni istotność w ich życiu ważnych osób, których obecność odgrywała niebagatelną rolę w trudnych sytuacjach. Pedagog szkolny, nauczyciel, dzięki kreowaniu zdrowej relacji opartej na zaufaniu, zrozumieniu i akceptacji osoby wychowywanej w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym może działać ochronnie wobec wystąpienia u niej różnego rodzaju zaburzeń. W narracjach często akcentowano istotność samej obecności i szczerego zainteresowania dorosłego np. poprzez dzielenie wspólnych pasji z dzieckiem i tworzenie relacji, których ten nie doświadcza w domu rodzinnym, wskazywanie, jak mogą zachowywać się w przypadku doświadczania sytuacji trudnych w rodzinie oraz podkreślanie, że doświadczana przemoc nie jest ich winą, nie jest czymś normatywnym i nie może być akceptowana. Stąd edukacja nauczycieli i podkreślanie ich roli w procesie

pomocowym realizowanym wobec dzieci wychowywanych w rodzinie alkoholowej może przyczynić się do pozytywnej ich adaptacji do warunków środowiska zewnętrznego. Istotne byłoby budowanie systemu wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych w którym znaczącą rolę odgrywa cały personel szkoły ściśle współpracujący z placówkami pomocowymi w jej (szkoły) społecznym otoczeniu.

Badani akcentowali także znaczenie instytucjonalnych form pomocy, szczególnie psychologa i psychoterapeuty. Niektórym rozmówcom w okresie dzieciństwa i adolescencji wspomniana pomoc była udzielana i uwarunkowana wystąpieniem u nich objawów chorobowych, zaburzeń odżywiania, czy zauważalnych trudności w relacjach z rówieśnikami. Oceniają ją jednak jako mało efektywną, ze względu na jej niską dostępność i częstotliwość. Nie przynosiła ona zamierzonych rezultatów, ponieważ w jej wyniku nie dochodziło do zmian w funkcjonowaniu pozostałych członków systemu alkoholowego.

Jako dorośli badani również akcentują ważność pomocy psychoterapeutycznej. Wszyscy doświadczyli jakiejś jej formy (indywidualnej bądź/ i grupowej) w konsekwencji zauważają znaczące zmiany w swoim funkcjonowaniu, szczególnie w płaszczyźnie nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych. Ważnym obszarem, nad którym chcieliby wciąż pracować i zauważają istotność udzielania im pomocy psychoterapeutycznej, jest ten związany z percepcją samych siebie, uczeniem się asertywności w kontaktach z innymi ludźmi, rozpoznawaniem własnych uczuć i konstruktywnym przeżywaniem zarówno tych nieprzyjemnych, jak również przyjemnych. Wykazują potrzebę regularnej pomocy psychoterapeutycznej, jednak podobnie, jak w okresie dzieciństwa i adolescencji, jej niska częstotliwość była aspektem ocenianym negatywnie. W zależności zarówno od możliwości danej poradni, zasad w niej panujących, ale również od sposobów pracy terapeuty, zdarzało się, że uczęszczali na spotkania z nim zbyt rzadko i otrzymywali wsparcie o niskiej efektywności.

Obraz uzyskany w badaniach z pewnością nie jest kompletny. Dzięki narracjom dorosłych dzieci alkoholików udało się pokazać wybrane płaszczyzny ich funkcjonowania w dzieciństwie, adolescencji i dorosłości. Pozostaje jednak szereg pytań i nierozstrzygniętych problemów, które mogą stanowić inspirację do kolejnych badań, realizowanych także według wzorca ilościowego.

Bibliografia:

1. Aleksiejuk E. (2015). *Wpływ relacji rodzicielskich na wychowanie i kształtowanie się tożsamości dziecka* [w:] „*Nová sociálna edukácia človeka IV*". Prešovská univezita v Prešove.
2. Allport G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
3. Ambrozik W. (1983). *Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholicznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
4. Ames G. M., Grube J. W., Moore R. S. (1997). *The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empiricial study* [w:] „*Journal of Studies on Alcohol*" nr 58(1).
5. Anderson P., Baumberg B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
6. Anuszkiewicz J. (2000). *Sytuacja dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym* [w:] „*Problemy Rodziny*" nr 4(232).
7. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (2006). *Psychologia społeczna*. *Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
8. Babor T. F. (1996). *The Classification of Alcoholics. Typology Theories From the 19th Century to the Present* [w:] „*Alcohol Health & Research World*" t. 20, nr 1.
9. Bardziejewska M. (2005). *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?* [w:] A. I. Brzezińska (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
10. Bartoszek B. (2010). *Atopowe zapalenie skóry (AZS) jako choroba psychosomatyczna: analiza badań* [w:] Kostrubiec- Wojtachnio B., Gorbaniuk B. (red.). *Studia z Psychologii w KUL* t. 16.
11. Bateman A. Fonagy P. (2010). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder* [w:] „*World Psychiatry*" nr 9:11.
12. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J. (2011). *Anoreksja- przyczyny, przebieg, leczenie* [w:] „*Nowiny Lekarskie*" nr 80, 3.
13. Bauman T. (1995). *O możliwości zastosowania metod jakościowych w badaniach pedagogicznych* [w:] *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo „Żak".
14. Bauman T. (2010). *Poznawczy status danych jakościowych* [w:] Piekarski J., Urbaniak-Zając D., Szmidt K. J. (red.). *Metodologiczne problemy tworzenia wiedzy w pedagogice*. Kraków: Wydawnictwo „Impuls".

15. Bavelas B. J. (1992). *Research into the Pragmatics of Human Communication* [w:] „*Journal of Strategic and Systemic Therapy*", nr 11 (2).
16. Beattie M. (1994). *Koniec współuzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
17. Becelewska D. (2005). *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
18. Bednarz- Łuczewska P., Łuczewski M. (2012). *Badania jakościowe. Metody i narzędzia. T. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
19. Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
20. Benard B. (2004). *Resiliency. What have we learned*. San Francisco: WestEnd.
21. Benton S. A. (2015). *Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej*. Łódź: Wydawnictwo Feeria.
22. Berlińska J. (2017). *Rodzina alkoholowa jako przykład rodziny dysfunkcjonalnej* [w:] Dziedzic J., Klimek J. (red.). „*Wspomóc uzależnionych od alkoholu. Refleksja psychologiczno- teologiczna*" Kraków: Wydawnictwo Naukowe.
23. Berne E. (2001). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
24. Bhunu C. P. (2012). *A mathematical analysis of alcoholism* [w:] „*World Journal of Modelling and Simulation*" t. 8, nr 2.
25. Biernat R. (2016). *Troska o poczucie własnej wartości dzieci w rzeczywistości szkolnej – wymiar teoretyczny i praktyczne implikacje* [w:] „*Społeczeństwo. Edukacja. Język*" t. 4.
26. Blumer H. (1984). *Społeczeństwo jako symboliczna interakcja* [w:] E. Mokrzycki (red.). *Kryzys i schizma 1. Antyscjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
27. Bobkowicz- Lewartowska L. (2013). *Związki partnerskie dorosłych dzieci alkoholików* [w:] „*Przegląd Naukowo- Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa*" nr 3.
28. Bocian- Waszkiewicz B. (2018). *Dziecko niewidzialne- „dziecko we mgle"- charakterystyka dziecka krzywdzonego i wieloaspektowa pomoc* [w:] „*Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*" nr 18(11).
29. Boćwińska- Kiluk B. (2013). *Zachowania autodestrukcyjne w świetle psychoanalizy- analiza przypadku* [w:] „*Psychoterapia*" nr 1 (164).
30. Bołoz W. (1998). *Uzależnienia i odpowiedzialność* [w:] „*Studia nad Rodziną*" nr 2/2 (3).

31. Booz, A., Hamilton, I. (1974). *An Assessment of the Needs of and Resources for Children of Alcoholic Parents. Bethesda,* MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
32. Borucka A., Ostaszewski K. (2012). *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych* [w:] „*Dziecko Krzywdzone*" nr 3 (40).
33. Bowlby J. (1982). *Attachment and loss. Volume I: Attachment*. London: Penguin Books.
34. Bowlby J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
35. Bradshaw J. (1994). *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
36. Bradshaw J. (2005). *Healing the shame that binds you*. United States of America: Health Communications Inc.
37. Brytek A., Izydorczyk B. (2008). *Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny* [w:] „*Chowanna*" nr 2.
38. Brzezińska A. I. (2003). *Wczesne dzieciństwo- pierwszy rok życia: szanse i zagrożenia rozwoju* [w:] „*Remedium*" nr 4(122).
39. Brzezińska A. I., Appelt K., Ziółkowska B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
40. Budzyna- Dawidowski P. (1999). *Komunikacja w rodzinie* [w:] De Barbaro B. (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
41. Buksiński T. (2001). *Przemiany doświadczenia* [w:] Buksiński T. (red.). *Doświadczenie*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii.
42. Bushman B. J., Cooper H. M. (1990). *Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review* [w:] „*Psychological Bulletin*" nr 107.
43. Cermak T. (1991). *Co-addiction as a disease* [w:] „*Psychiatris Annals*" nr 21.
44. Cermak T., Rutzky J. (1998). *Czas uzdrowić swoje życie. Przewodnik do pracy nad sobą. Kroki w stronę zdrowienia Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
45. Cermak T. L., Rutzky J. (2011). *Czas na wyleczenie. Stopnie do wyzdrowienia dla dorosłych dzieci alkoholików*. Kielce: Wydawnictwo Charaktery.
46. Cęcelek G. (2006). *Rola nauczyciela- wychowawcy we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej* [w:] „*Nauczyciel i Szkoła*" nr 1-2 (30-31).

47. Chase S. E. (2005). *Narrative inquiry- multiple lenses, approaches, voices* [w:] Denzin N. K., Lincoln Y. S. (red.). *The Sage handbook of qualitative research (third edition)*. Oaks- London- New Delhi: Sage ublications.
48. Chodkiewicz J., Wilska A. (2008). *Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej* [w:] „Alkoholizm i Narkomania" t. XXI, nr 2.
49. Chrząstowski Sz. (2014). *Nie tylko schemat. Praktyka systemowej terapii rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo PARADYGMAT.
50. Cierpiałkowska L. (2000). *Alkoholizm. Przyczyny- leczenie- profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
51. Cierpiałkowska L. (2003). *Zachowania asertywne i agresywne w rodzinach z problemem alkoholowym* [w:] Binczycka- Anholcer M. (red.). *Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
52. Cierpiałkowska L. (2006). *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu)* [w:] L. Cierpiałkowska (red.). *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
53. Cierpiałkowska L. (2007). *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne* [w:] „*Czasopismo Psychologiczne*" t. 13 nr 1.
54. Cierpiałkowska L. (2010). *Poziom realizacji zadań rozwojowych przez osoby dorosłe pochodzące z rodzin alkoholików* [w:] Gąsior K., Chodkiewicz J. (red.). *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin*. Kielce: Jedność.
55. Cierpiałkowska L. (2014). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
56. Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I. (2015). *Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu* [w:] „*Alcoholism and Drug Addiction*" t. 28, nr 4.
57. Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I. (2016). *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
58. Cierpiałkowska L., Soroko E. (2014). *Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych* [w:] Cierpiałkowska L., Soroko E. (red.). *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

59. Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2006). *Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików* [w:] „*Forum Oświatowe*" nr 2(35).
60. Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010). *Psychologia uzależnień- alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
61. Cieślak R. (2004). *Wsparcie społeczne- problemy i techniki pomiaru* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
62. Cieślak R., Eliasz A. (2004). *Wsparcie społeczne a osobowość* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
63. Cieślak R., Klonowicz T. (2004). *Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocia* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
64. Ciosek M. (2011). *Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym* [w:] „*Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*" nr 8.
65. Cohn D. A. (1990). *Child- mother attachment of six- year- olds and social competence at school* [w:] „*Child Development*" t. 61 nr 1.
66. Cooper M. L., Russell M., Frone M. R. (1990). *Work Stress and Alcohol Effects: A Test of Stress- Induced Drinking* [w:] „*Journal of Health and Social Behavior*" nr 31.
67. Crisp R. J., Turner R. N. (2009). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
68. Cullen J., Carr A. (1999). *Codependency: an empiricial study from a systemic perspective* [w:] „*Contemporary Family Therapy*" t. 21, nr 4.
69. Curran P. J., Chassin L., Stice E. (1997). *The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model* [w:] „*Journal of Consulting and Clinical Psychology*" t. 65, nr 1.
70. Cutrona C. E., Hessling R. M., Suhr J. A. (1997). *The influence of husband and wife personality on marital social suport interactions* [w:] „*Personal Relationships*" nr 4.
71. Czemierowska- Koruba E. (2015). *Agresja i przemoc w szkole. Czyli co powinniśmy wiedzieć, by skutecznie działać*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
72. Czub T. (2004). *Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać*? [w:] Brzezińska A. I. (red.). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
73. Daley D., Moss H., Campbell F. (1987). *Podwójne zaburzenia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

74. Dallemura E. (2013). *Praca z dziećmi i rodzicami w świetlicy socjoterapeutycznej* [w:] „*Świat Problemów*" nr 7 (66).
75. Denzin N. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine.
76. Domenico D., Windle M. (1993). *Intrapersonal and interpersonal functioning middle-aged female adult children of alcoholics* [w:] „*Journal of Consulting and Clinical Psychology*" nr 61(4).
77. Doniec R. (2001). *Rodzina wielkiego miasta*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
78. Doroszewicz K. (2008). *Bliskie związki a jakość życia* [w:] „*Psychologia Jakości Życia*" t. 7, nr 1 i 2.
79. Drożdżowicz L. (1999). *Ogólna teoria systemów* [w:] De Barbaro B. (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
80. Dudek K. (2011). *Specyfika kobiecego uzależnienia od alkoholu* [w:] „Fides et Ratio" nr 4(8).
81. Dutton D. G. (2001). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Bertelsmann Media.
82. Dybowska E. (2012). *Teoria systemowej pracy z rodziną*. Kraków: Publikacja Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie.
83. Dyczewski L. (1981). *Rodzina polska i kierunki jej przemian*. Warszawa: Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych.
84. Dyjakon D. (2012). *Świat według DDA* [w:] „*Remedium*" nr 2.
85. Dyr W. (2005). *Wpływ stresu na picie alkoholu* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 18, nr 1-2.
86. Edwards G., Gross M. M. (1976). *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome* [w:] „*Medical Practice*" nr 1 (6017).
87. Eiden R. D., Edwards E. P., Leonard K. E. (2009). *Children's Internalization of Rules of Conduct: Role of Parenting in Alcoholic Families* [w:] „*Psychology of Addictive Behaviors*", nr 23(1).s
88. Eiden R. D., Edwards E. P., Leonard K. E. (2009). *A Conceptual Model Predicting Internalizing Problems in Middle Childhood Among Children of Alcoholic and Nonalcoholic Fathers: The Role of Marital Aggression* [w:] „*Journal of Studies on Alcohol and Drugs"* nr 70(5).

89. El- Guebaly N., West M., Maticka- Tyndale E., Pool M. (1993). *Attachment among adult children of alcoholics* [w:] *„Addiction"* t. 88, nr 10.
90. Erickson C. K. (2009). *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
91. Farnicka M., Liberska H. (2014). *Transmisja międzypokoleniowa- procesy zachodzące na styku pokoleń* [w:] Janicka J., Liberska H. (red.). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
92. Fengler J. (2000). *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
93. Filipiak M., Waszyńska K. (2009). *Aktywność seksualna osób dorosłych pochodzących z rodzin alkoholowych. Doniesienia z badań* [w:] „*Seksuologia Polska*" nr 1.
94. Flick U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
95. Flick U. (2011). *Jakość w badaniach jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
96. Forward S. (1989). *Toksyczni rodzice*. Warszawa: Jacek Santorski& CO Agencja Wydawnicza.
97. Franczak K., Wilde K. (2011). *Traumatyczne i osobowościowe predyktory uzależnienia od alkoholu* [w:] Widera- Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.). *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
98. Frąckowiak M., Motyka M. (2015). *Wspólnota Anonimowych Alkoholików: geneza i rozwój, założenia programowe* [w:] „*Hygeia Public Health*" nr 50(3).
99. Frąckowiak M., Motyka M. (2015). *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania* [w:] *„Problemy Higieny i Epidemiologii"* nr 96(2).
100. Frąckowiak- Sochańska M. (2011). *Terapia par jako narzędzie przeciwdziałania dysfunkcji rodziny* [w:] „*Roczniki Socjologii Rodziny*" t. XXI.
101. Frączek A., Kofta M. (1975). *Frustracja i stres psychologiczny* [w:] Tomaszewski T. (red.). *Psychologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
102. Fromm E. (2011). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.
103. Fudała J. (2012). *Środowisko pracy a alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
104. Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K. (2013). *Uzależnienie od alkoholu- między diagnozą a działaniem*.

105. Fundacja Centrum Praw Kobiet (2005). *Przemoc w rodzinie a wymiar sprawiedliwości*. Warszawa: Fundacja Centrum Praw Kobiet.

106. Gąsior K. (2012). *Funkcjonowanie noo- psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

107. Gąsior K. (2014). *Prężność rodzinna- nowe wyzwanie dla profilaktyki* [w:] „*Resocjalizacja Polska*" nr 6.

108. Gertsman S. *Wpływ rodziców na zaburzenia emocjonalności uczniów*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe PWN.

109. Giancola P. R., Zeichner A. (1997). *The biphasic effects of alcohol on human psyhical aggression* [w:] „*Journal of Abnormal Psychology*" nr 106.

110. Giglio J. J., Kaufman E. (1990). *The relationship between child and adult psychopatology in children of alcoholics* [w:] „*International Journal of the Addictions*" nr 25(3).

111. Gillen R., Hesselbrock V. (1992). *Cognitive Functioning, ASP, and Family History of Alcoholism in Young Men at Risk for Alcoholism* [w:] *„Alcoholism: Clinical and Experimental Research"*, 16, 2, 206-214.

112. Ginowicz H. (2018). *Współuzależniona czy osoba żyjąca w związku z osobą pijącą nadmiernie lub uzależnioną?* [w:] „*Terapia uzależnienia i współuzależnienia*" nr 5/2018.

113. Glindemann K. E., Geller S. E., Fortney J. N. (1999). *Self-esteem and alcohol consumption: A study of college drinking behavior in a naturalistic setting* [w:] „*Journal of Alcohol and Drug Education*" t. 45(1).

114. Gnitecki J. (2006). *Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji.

115. Goetz M. (2014). *Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych* [w:] „*Świat Problemów*" nr 6 (257).

116. Goode W. J., Hatt P. K. (1965). *Monograficzne badania terenowe* [w:] Nowak S. (red.). *Metody badań socjologicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

117. Greeley J., Oei T. (1999). *Alcohol and Tension Reduction* [w:] Leonard K. E., Blane H. T. (red.). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York, London: The Guilford Press.

118. Greenglass E. (2004). *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

119. Gromkowska- Melosik A. (2011). *Edukacja i (nie)równość społeczna kobiet. Studium dynamiki dostępu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

120. Grzegorzewska I. (2011). *Podatność na traumę czy budowanie odporności? Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] Widera- Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.). *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*. Warszawa: Difin.

121. Grzegorzewska I. (2011). *Realizacja zadań rozwojowych przez dorastające dzieci alkoholików* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 24, nr 3.

122. Grzegorzewska I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

123. Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

124. Górecki M. (2001). *Człowiek w kryzysie* [w:] „*Pedagogika Społeczna*" nr 1/2001.

125. Habrat B. (1992). *Klasyfikacja alkoholizmu wg Cloningera* [w:] „*Postępy Psychiatrii i Neurologii*" nr 1.

126. Hall C. S., Lindzey G. (1994). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

127. Hall C. W., Webster R. E. (2007). *Risk factors among Adult Children of Alcoholics* [w:] „*International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*" t. 3, nr 4.

128. Harris M. M., Heft L. L. (1992). *Alcohol and Drug Use in the Workplace: Issues, Controversies, and Directions for Future Research* [w:] „*Journal of Management*" t. 18, nr 2.

129. Harris R. A., Buck K. J. (1998). *Tolerancja alkoholu i uzależnienie* [w:] Ślósarska M. (red.). *Alkohol i mózg*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

130. Harter L. (2000). *Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empiricial* [w:] „*Clinical Psychology Review*" nr 20(3).

131. Heckmann W., Silveira C. M. (2009). *Alcohol dependence: Clinical aspects and diagnosis* [w:] Guerra de Andrade A., Anthony J. C. (red.). *Alcohol and its consequences: dealing with multiple concepts*. Brasil: Editora Manole Ltda.

132. Hemfelt R., Minirth F., Meier P. (2004). *Miłość to wybór. O terapii współuzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów w drodze.

133. Hersen M., Miller P., Eisler R. (1973). *Interactions between alcoholics and their wives: A descriptive analysis of verbal and nonverbal behawior* [w:] „*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*" t. 34(2).

134. Heszen- Niejodek I. (2000). *Stres i radzenie sobie- główne kontrowersje* [w:] Heszen- Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

135. Heszen I., Sęk H. (2008). *Zdrowie i stres* [w:] Strelau J., Doliński D. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki tom 2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

136. Hobfoll S. E. (1989). *Conservation of Resources. A new Attempt at Conceptualizing Stress*. „*American Psychologist*" t. 44, nr 3.

137. Howes C., Hamilton C. E. (1992). *Children's Relationships with Child Care Teachers: Stability and Concordance with Parental Attachments* [w:] „*Child Development*" t. 63 nr 4.

138. Ilnicka M. (1998). *Niepijący rodzic- szansa dla dzieci?* [w:] „Świat Problemów" nr 7(66).

139. Iwanicka K. A., Olajossy M. (2015). *Koncepcje tzw. głodu alkoholowego* [w:] „*Psychiatria Polska*" nr 49 (2).

140. Iwanicka K., Malicki D., Olajossy M. (2011). *Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha- opis kliniczny* [w:] „*Current Problems of Psychiatry*" nr 12(3).

141. Jachnis A. (2000). *Cechy temperamentalne a style radzenia sobie ze stresem* [w:] „*Studia Psychologica*" nr 1.

142. Jackson J. (1958). *Alcoholism and the Family* [w:] „*The Annals of the American Academy of Political and Social Science*", t. 315.

143. Jacob T., Johnson S. (2000). *Wpływ sprawowania funkcji rodzicielskich a nasilenie problemów alkoholowych* [w:] „*Badania nad dziećmi alkoholików*" Warszawa: PARPA.

144. Jakubczyk A., Wojnar M. (2012). *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód- różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń* [w:] „*Psychiatria Polska*" t. XLVI nr 3.

145. Jakubik A., Zegarowicz E. (1998). *Samoocena, poczucie kontroli i kontrola emocjonalna u dorastających córek mężczyzn uzależnionych od alkoholu* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 11 nr 1.

146. Janigová E., Ferenčiková Z. (2016). *Rodzinne wzorce komunikacji w rodzinach pełnych* [w:] Kiryjow J. (red.). *Komunikacja w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.

147. Jankowiak B., Wojtynkiewicz E. (2018). *Kształtowanie się tożsamości w okresie adolescencji a podejmowanie zachowań ryzykownych w obszarze używania alkoholu przez młodzież* [w:] „*Studia Edukacyjne*" nr 48.

148. Janowski R. (2009). *Uzależnienie od alkoholu* [w:] Bętkowska- Korpała B. (red.). *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

149. Jaros A., Jaros R. (2014). *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z zachowaniami problemowymi- przegląd badań prowadzonych w Polsce* [w:] Kowalska J. E. (red.). *Zapobieganie wykluczeniu z systemu edukacji dzieci i młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Perspektywa pedagogiczna*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

150. Jarosz M. (1987). *Dezorganizacja w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.

151. Jaskulska S., Poleszak W. (2015). *Wykluczenie rówieśnicze* [w:] Pyżalski J. (red.). *Wychowawcze i społeczno-kulturowe kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty*. Łódź: TheQ Studio.

152. Jellinek E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.

153. Jellinek E. M. (1987). *Stadia nałogu alkoholowego* [w:] „Nowiny Psychologiczne" nr 3.

154. Jelski W., Grochowska- Skiba B., Szmitkowski M. (2007). *Dehydrogenaza alkoholowa i metabolizm alkoholu etylowego w mózgu* [w:] „*Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*" nr 61.

155. Jędrzejko M., Kowalewska A. (2009). *Narkomania- wybrane pojęcia i definicje* [w:] Jędrzejko M. (red.). *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*. Pułtusk-Warszawa: Oficyna wydawnicza ASPRA- JR.

156. Jędrzejko M., Neroj A., Wojcieszek K. A., Kowalewska A. (2009). *Teorie uzależnień od substancji psychoaktywnych* [w:] Jędrzejko M. (red.). *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*. Warszawa: Fundacja Pedagogium.

157. Józefik B. (1999). *Strategie rodzinne* [w:] de Barbaro B. (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

158. Józefik B. (2008). *Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się- teoria i empiria* [w:] „*Psychiatria Polska*" t. XLII, nr 2.

159. Junik W. (2012). *Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym* [w:] „*Dziecko Krzywdzone*" nr 3 (40).

160. Juroszek W. (2012). *Zależności między stylami przywiązania a intymnością, namiętnością i zaangażowaniem u narzeczonych* [w:] „*Fides et Ratio*" nr 2(10).

161. Juroszek W., Zglińska M. (2012). *Style przywiązania u dorosłych dzieci alkoholików* [w:] *„Fides Et Ratio"* nr 1(9).

162. Kacperczyk A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

163. Kacprzak A. (2011). *Międzypokoleniowa transmisja alkoholizmu (na podstawie narracji „trzeźwiejących" alkoholików)* [w:] „*Actia Universitatis Lodziensis Folia Sociologica*" nr 38.

164. Kalat J. W. (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

165. Kaleta K. (2011). *Rodzinne uwarunkowania społecznego funkcjonowania jednostek w świetle teorii Minuchina i Bowena* [w:] „*Roczniki Psychologiczne*" t. XIV, nr 2.

166. Kalkowski H. (2011). *Współuzależnienie oraz fazy przystosowania się do życia w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] „*Fides et Ratio*" nr 4(8).

167. Kałęcka A., Izdebska A., Wolny J., Scholz B., Filipiak- Siewodnik A., Małolepsza K., Łabuńko B., Kroll B. (2006). *Intymność w związkach dorosłych dzieci alkoholików* [w:] Cierpiałkowska L. (red.). *Oblicza współczesnych uzależnień*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

168. Kaniasty K., Norris F. H. (2004). *„Wzlot i upadek utopii": mobilizacja i deterioracja wsparcia społecznego w sytuacjach klęsk żywiołowych* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

169. Karasowska A. (2004). *Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej* [w:] „*Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*" t. 3, nr 3.

170. Karpowicz J. (2003). *Paradygmaty psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.

171. Kawula S. (2004). *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych* [w:] Kawula S., Brągiel J., Janke A. W. (red.). *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

172. Kawula S. (2005). *Kształty rodziny współczesnej. Szkice familologiczne*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

173. Kiczka M. (2015). *Więzi uczuciowe z rodzicami a jakość bliskich związków młodych dorosłych z rodzin rozwiedzionych* [w:] „*Studia nad Rodziną*" t. XIX, nr 2(37).

174. Kłodecki A. (2000). *Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym* [w:] E. Milewska, A. Szymanowska (red.). *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.

175. Knoll N., Schwarzer R. (2004). *Prawdziwych przyjaciół… Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

176. Knudson T. M., Terrell H. K. (2012). *Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin* [w:] „*The American Journal of Family Therapy*" nr 40.

177. Kokoszka A., Laskowska M., Mikuła J. (2011). *Doznania psychotyczne w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych: porównanie lokalizacji poczucia kontroli u osób z majaczeniem i bez majaczenia oraz analiza doznań w zespołach majaczeniowych* [w:] „*Psychiatria Polska*" t. XLV, nr 1.

178. Kołbik I. (1999). *Procesy emocjonalne w rodzinie* [w:] De Barbaro B. (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

179. Kołodziejczyk K. (2006). *Jakość życia dzieci z rodzin z problemem alkoholowym* [w:] „*Remedium*" nr 6.

180. Kornacka- Skwara E. (2013). *Wykorzystanie sprzężenia zwrotnego do udzielania pomocy rodzinie w sytuacji emigracji* [w:] „*Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*" t. XXII.

181. Kosińska- Dec K., Jelonkiewicz I. (2000). *Picie alkoholu a agresja interpersonalna wśród młodych dorosłych* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 13, nr 2.

182. Kościan A. (2011). *Przyczyny i przejawy uzależnienia od alkoholu* [w:] „Fides Et Ratio" nr 4(8).

183. Kowalska M., Marcinkowska U., Jośko J. (2010). *Satysfakcja z pracy zawodowej a jakość życia kobiet w wieku 45- 60 lat w województwie śląskim* [w:] „*Medycyna Pracy*" nr 61(3).

184. Kozielecki J. (2000). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak".

185. Kozłowska A. (1984). *Zaburzenia emocjonalne u dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

186. Krajewska K., Florkowski A., Gmitrowicz A. (2014). *Związek zespołu zależności alkoholowej rodziców z występowaniem prób samobójczych wśród nastoletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie* [w:] „*Psychiatria i Psychologia Kliniczna*" nr 14(3).

187. Kryk B. (2012). *Jakość życia w kontekście zrównoważonego rozwoju* [w:] „*Trendy i wyzwania zrównoważonego rozwoju w XXI wieku*" t. 1.

188. Krüger H.-H. (2007). *Metody badań w pedagogice*. Gdańsk: Pedagogika GWP.

189. Kubacka- Jasiecka D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

190. Kuberska- Przekwas K. (2014). *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna* [w:] „*Warmińsko- Mazurski Kwartalnik Naukowy*" nr 1.

191. Kubinowski D. (2006). *Pedagogiczne myślenie humanistyczne* [w:] Kubinowski D., Nowak M. (red.). *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

192. Kubinowski D. (2010). *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia- Metodyka- Ewaluacja*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej.

193. Kucharska- Dziedzic A., Kawka M., Zubrzycka- Urbańska D. (2014). *Bezpieczna rodzina (z problemem alkoholowym)*. Zielona Góra: Wydawnictwo PLAST Jolanta Nowaczyk.

194. Kucińska M. (2002). *Gdy rodzic pije* [w:] „*Charaktery*" nr 9.

195. Kucińska M. (2006). *Opuszczone dzieci* [w:] „*Charaktery*" nr 9 (116).

196. Kucińska M. (2009). *Niszczyciele własnych marzeń* [w:] „*Charaktery*" nr 4.

197. Kucińska M., Mellibruda J., Włodawiec B. (1997). *Wyniki badań pilotażowych programu APETOW- charakterystyka pacjentek współuzależnionych* [w:] *„Alkoholizm i Narkomania"* nr 3/28.

198. Kulawska E. (2013). *Uwarunkowania i konsekwencje odrzucenia dziecka w wieku szkolnym przez grupę rówieśniczą* [w:] „*Seminare*" t. 33.

199. Kurtek P. (2000). *Samoocena ogólna u synów alkoholików* [w:] „*Problemy Alkoholizmu*" nr 4 (511).

200. Kvale S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

201. Lachowska B. H. (2013). *O znaczeniu modeli teoretycznych w badaniach rodziny* [w:] „*Family Forum. Problemy współczesnej rodziny*" t. 3.

202. Lalak D. (2010). *Podejście biograficzne (biograficzność) w naukach o wychowaniu. Trzy perspektywy dyskursu* [w:] Palka S. (red.). *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Pedagogika GWP.

203. Langauer- Lewowicka H., Rudkowski Z., Pawlas K. (2016). *Autyzm- środowiskowe czynniki ryzyka* [w:] „*Medycyna Środowiskowa*" t. 19, nr 2.

204. Lausch- Chudy M. (2010). *O oczekiwaniach młodzieży względem wsparcia społecznego- jakiego wsparcia udzielać?* [w:] Piorunek M. (red.). *Pomoc- wsparcie społeczne- poradnictwo*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

205. Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

206. Lenkiewicz K., Srebnicki T., Bryńska A. (2016). *Mechanizmy kształtujące rozwój osobowości i jej zaburzeń u dzieci i młodzieży* [w:] „*Psychiatria Polska*" nr 50(3).

207. Leśniak E., Dobrzyńska- Mesterhazy A. (1996). *Rodziny w kryzysie: diagnoza i interwencja kryzysowa* [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Interart.

208. Lewicki A. (1969). *Niektóre problemy teorii zachowania* [w:] Lewicki A. (red.). *Psychologia klicznia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

209. Lewis D. C. (1991). *Comparision of alcoholism and other medical diseases: An Internist's view* [w:] „*Psychiatric Annals*" nr 21.

210. Lewis M. J., Lockmuller J. C. (1998). *Działanie alkoholu jako czynnika wzmacniającego. Uwarunkowania picia* [w:] Ślósarska M. (red.). *Alkohol i mózg*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

211. Liberska H., Głogowska K. (2016). *Przywiązanie do rodziców i rówieśników jako predyktor samooceny w okresie adolescencji* [w:] „*Czasopismo Psychologiczne*" nr 22(2).

212. Liberska H., Matuszewska M. (2014). *Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania* [w:] Janicka I., Liberska H. (red.). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

213. Liberska H., Suwalska D. (2011). *Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości* [w:] „*Psychologia Rozwojowa*" t. 16, nr 1.

214. Ludwikowska K., Steuden S. (2017). *Radzenie sobie ze stratą i sposób doświadczania śmierci przez osoby dorosłe pochodzące z rodzin alkoholowych i niealkoholowych* [w:] „*Polskie Forum Psychologiczne*" t. 22, nr 1.

215. Łapińska R., Żebrowska M. (1976). *Wiek dorastania* [w:] Żebrowska M. (red.). *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

216. Ławska W., Dębska G., Kadučáková H. (2012). *Dzieci w rodzinie alkoholowej* [w:] Dębska G., Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.). *Rodzina w zdrowiu i w chorobie: uwarunkowania środowiskowe zdrowia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

217. Ławska W., Dębska G., Zięba M. (2012). *Emocje dziecka w rodzinie alkoholowej* [w:] „*Problemy pielęgniarstwa*" nr 20(2).

218. Łobocki M. (2010). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: wydawnictwo „Impuls".

219. Łosiak W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

220. Madeja Z. (2008). *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób. Tom 1*. Koszalin: Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Poznańskiej.

221. Madeja Z. (2008). *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, przedmiotów, czynności i osób. Tom 2*. Koszalin: Wydawnictwo Uczelniane Politechniki Poznańskiej.

222. Majewska – Opiełka I. (2006). *Wychowanie do szczęścia*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

223. Makara- Studzińska M., Morylowska J. (2007). *Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży* [w:] „*Roczniki Teologiczne*" t. LIV, nr 10.

224. Maliszewska K., Świątkowska- Freund M., Bidzan M., Preis K. (2017). *Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie* [w:] „*Psychiatria Polska*" nr 51(5).

225. Mandal E., Zalewska K. (2012). *Style przywiązania, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa i dorosłości, stany psychiczne oraz metody podejmowania prób samobójczych przez kobiety leczone psychiatrycznie* [w:] „*Psychiatria Polska*" t. XLVI, nr 1.

226. Mangado E. O., A. M. Gúrpide (2008). *Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral* [w:] „*Medicina y Seguridad del Trabajo*" t. 54, nr 213.

227. Marchwicki P. (2006). *Teoria przywiązania J. Bowlby'ego* [w:] „*Seminare. Poszukiwania naukowe*" nr 23.

228. Marcinkowski J. T., Olejniczak B. (2006). *O próbach rozwiązywania problemu uzależnień w zawodach medycznych* [w:] „*Problemy Higieny i Epidemiologii*" nr 87(2).

229. Marczak H. (1994). *Dzieci z rodzin dotkniętych alkoholizmem, ich sytuacja psychiczna i formy pomocy* [w:] Kawula S., Machel H. (red.). *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*. Gdańsk- Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

230. Margasiński A. (1996). *Analiza psychologiczna systemów rodzinnych z chorobą alkoholową*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.

231. Margasiński A. (2000). *Syndrom współuzależnienia* [w:] „*Terapia uzależnienia i współuzależnienia*" nr 5.

232. Margasiński A. (2010). *Współuzależnienie i syndrom DDA w kontekście teorii systemów Bowena* [w:] Gąsior K., Chodkiewicz J. (red.). *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

233. Margasiński A. (2011). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

234. Margasiński A. (2018). *Model ról psychologicznych wymaga rewizji* [w:] „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*" nr 2/2018.

235. Marszał M. (2015). *Mentalizacja w kontekście przywiązania. Zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

236. Matyjas B. (2008). *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.

237. Matyjas B. (2013). *Rodzina w sytuacji kryzysu. Strategie pomocy i wsparcia* [w:] Piorunek M., Kozielska J., Skowrońska- Pućka A. (red.). *Rodzina- młodzież- dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

238. Maxwell R. (2001). *Dzieci, alkohol, narkotyki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

239. Mazur B., Byra S. (2004). *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową* [w:] „*Auxilium Sociale*". Wsparcie Społeczne" nr 3/4 (31/32).

240. Mellibruda J. (1993). *Oblicza przemocy* [w:] „*Remedium*" nr 12.

241. Mellibruda J. (1997). *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" nr 3/28.

242. Mellibruda J., Sobolewska Z. (1997). *Koncepcja i terapia współuzależnienia* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 10, nr 3.

243. Mellibruda J., Sobolewska- Mellibruda Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

244. Mellody P. (2005). *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współuzależnienia*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.

245. Minczakiewicz E. M. (2010). *Wsparcie społeczne rodzin postawionych wobec dylematu narodzin dziecka z Zespołem Downa i wyzwań związanych z jego wychowaniem* [w:] Piorunek M. (red.). *Pomoc- wsparcie społeczne- poradnictwo. Od teorii do praktyki*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

246. Młożniak E. A., Schier K. (2012). *Aleksytymia, ciało, psychoterapia- nowa perspektywa badawcza i kliniczna* [w:] „*Psychoterapia*" nr 2 (161).

247. Morton A. (2002). *Przewodnik po teorii poznania*. Warszawa: Wydawnictwo Spacja.

248. Moskalewicz J., Wieczorek Ł. (2009). *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia- trzy dekady doświadczeń* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 22, nr 4.

249. Mróz A. (2009). *Znaczenie doświadczeń z okresu dzieciństwa i adolescencji dla rozwoju zawodowego w życiu dorosłym* [w:] „*Problemy Profesjologii*" nr 2.

250. Namysłowska I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

251. Napora E. (2016). *Uwarunkowania atrakcyjności dziecka wśród rówieśników* [w:] „*Studia Psychologica*" nr 16(2).

252. Niewiadomska I., Fel S. (2015). *Formy przystosowania młodzieży w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] „*Zeszyty Naukowe KUL*" nr 59.

253. Nowak A. (1998). *Metoda biograficzna w badaniach pedagogicznych* [w:] Palka S. (red.). *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

254. Nowak S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych. Zagadnienia ogólne*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

255. Nowak B. M. (2011). *Rodzina w kryzysie złożonym- kontekst resocjalizacyjny* [w:] „*Resocjalizacja Polska*" nr 2.

256. Nowak B. M. (2011). *Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

257. Nowak B. M. (2012). *Rola zasobów rodzinnych w przezwyciężaniu kryzysu wieloproblemowego* [w:] „*Pedagogika Społeczna*" nr 3/2012.

258. Nowotnik A. (2014). *Wczesnodziecięce style przywiązania do opiekuna a osiągnięcia szkolne i funkcjonowanie społeczne uczniów* [w:] „Edukacja" nr 2(127).

259. O'Brien Ch. P., Volkow N., Li T-K. (2006). *What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V* [w:] „*Am. J. Psychiatry*" nr 163.

260. Obuchowska I. (1996). *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.

261. Ochmański M. (1981). *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

262. Ogińska- Bulik N., Juczyński Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

263. Okoń W. (1981). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

264. Olak A. (2014). *Zjawisko bezrobocia a zagrożenie społeczne* [w:] „*Modern Management Review*" t. XIX, nr 21 (4/2014).

265. Olejniczak P. (2013). *Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych* [w:] „*Prace Poglądowe*" nr 3.

266. Osiatyński W. (2007). *Alkoholizm, i grzech, i choroba, i…*. Warszawa: Wydawnictwo Iskry.

267. Ostaszewski K. (2012). *Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży* [w:] „*Edukacja*" nr 4(120).

268. Ostoja- Zawadzka K. (1999). *Cykl życia rodzinnego* [w:] de Barbaro B. (red.). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

269. Ostrihanska Z. (1993). *Zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" nr 13.

270. Page P. B. (1997). *E. M. Jellinek and the evolution of alcohol studies: a critical essay* [w:] *„Addiction"* nr 92(12).

271. Palka S. (2006). *Humanistyczne podejście w badaniach pedagogicznych i praktyce pedagogicznej* [w:] Kubinowski D., Nowak M. (red.). *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

272. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2006). *Dzieci alkoholików. Indywidualne plany pomocy*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.

273. Pasch L. A., Bradbury T. N., Davil J. (1997). *Gender, negative affectivity, and observed social support behawior inn marital interaction* [w:] „*Personal Relationships*" nr 4.

274. Patton M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park- London- New Delhi: Sage Publications.

275. Papuć E. (2011). *Jakość życia- definicje i sposoby jej ujmowania* [w:] „*Current Problems of Psychiatry*" nr 12(2).

276. Parchomiuk M., Mazur B. (2003). *Sieć wsparcia społecznego młodzieży słabowidzącej* [w:] „*Auxilium Sociale"*. Wsparcie Społeczne" nr 2(26).

277. Pascual Pator F., Reig Ruano M., Fontoba Ferrándiz J., García del Castillo-López A. (2011). *Alcohol y violencia* [w:] „*Health and Addictions*" t. 11, nr 1.

278. Pawłowska B., Churcha M., Masiak M. (2004). *Obraz siebie a obraz innych ludzi w percepcji pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny* [w:] „*Psychiatria Polska*" nr 6.

279. Pawłowska R. (2005). *Środowisko rodzinne a rozwój osobowości dziecka* [w:] „*Problemy Alkoholizmu*" nr 2-3.

280. Petrikowska R. (2012). *Dorosłe Dziecko Alkoholika- zaburzenia lękowe czy już zespół stresu pourazowego?* [w:] „*Świat Problemów*" nr 2.

281. Pilch T. (1977). *Zasady badań pedagogicznych*. Wrocław- Warszawa- Kraków- Gdańsk: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.

282. Piecuch E. (2016). *Rodzina jako przestrzeń rozwijania umiejętności społecznych dziecka* [w:] „*Wychowanie w Rodzinie*" t. XIII, nr 1.

283. Piedad Puerta M. (2006). *Una experiencia de activación de la resiliencia en familias codependientes* [w:] „*Theologica Xaveriana*" nr 159.

284. Piorunek M. (2010). *O pomocy, wsparciu społecznym i poradnictwie- prolegomena do teoretycznych rozważań i praktycznych odniesień* [w:] Piorunek M. (red.). „*Pomoc- wsparcie społeczne- poradnictwo*". Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

285. Piorunek M. (2010). *Poradnictwo. Wokół kwestii rudymentarnych* [w:] Zierkiewicz E., Drabik- Podgórna V. (red.). *Poradnictwo w kulturze indywidualizmu*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT.

286. Piorunek M. (2016). *Liczby i słowa w badaniach humanistycznych i społecznych. (Nie)dychotomiczność paradygmatów badawczych* [w:] Piorunek M. (red.). *Badania biograficzne i narracyjne w perspektywie interdyscyplinarnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

287. Plichta P. (2016). *Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi- uwarunkowania i propozycje rozwiązań* [w:] „*Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*" t. 15, nr 1.

288. Plopa M. (2008). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".

289. Plopa M. (2011). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.

290. Płaczkiewicz B. (2016). *Teoria społecznego uczenia się a wychowanie dziecka w wieku przedszkolnym* [w:] „*Społeczeństwo. Edukacja. Język*" nr 4.

291. Płeczkan K. (1998). *Sytuacja dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] Cudak H. (red.). *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*. Piotrków Trybunalski: Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego.

292. Polok G. (2009). *Rozwinąć skrzydła. Nie tylko o dorosłych dzieciach alkoholików*. Katowice: KAGA-DRUK.

293. Pospiszyl I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.

294. Prajsner M. (2004). *Alkohol: postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.

295. Pużyński S. (1988). *Depresje*. Warszawa: PZWL.

296. Pużyński S. (2002). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

297. Radny A. (2009- 2011). *Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary* [w:] „*Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu*".

298. Radochoński M. (1987). *Choroba a rodzina: adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.

299. Radochoński M. (1998). *Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny* [w:] „*Roczniki Socjologii Rodziny*" t. X.

300. Reason P., Rowan J. (1981). *Afterword* [w:] Reason P., Rowan J., Wiley J. & Sons (red.). *Human inquiry. A sourcebook of new paradigm research*. Chichester- New York- Bisbane- Toronto- Singapore.

301. Reber A. S., Reber E. S. (2008). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

302. Reguła D. (2000). *Terapia rodzinna. Przegląd teorii* [w:] „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*" nr 6.

303. Robinson B. E., Rhoden J. L. (1998). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

304. Rosenhan D. L., Seligman E. P., Walker E. F. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

305. Ruppert F. (2012). *Symbioza i autonomia. Trauma symbiotyczna i miłość bez uwikłań*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.

306. Rusnak Z., Zmyślona B. (2013). *Jakość życia a zrównoważony rozwój*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

307. Rutter M. (1979). *Protective factors inn children's responses to stress and disadvantage* [w:] Kent M. W., Rolf J. E. (red.). *Primary prevention of psychopatology: vol. 3. Social competence in children*. Hanover: University Press of New England.

308. Ryś M. (2009). *Gdy alkohol staje się głową rodziny…* Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

309. Ryś M. (2011). *Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych* [w:] „*Fides et Ratio*" nr 2(6).

310. Ryś M. (2011). *Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików* [w:] „*Fides et Ratio*" nr 4(8).

311. Ryś M., Wódz E. (2003). *Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci alkoholików* [w:] „*Studia Psychologica*" nr 4.

312. Sadowska- Mazuryk J., Tomczuk- Ismer A., Jakubczyk A., Wojnar M. (2013). *Picie alkoholu przez młodzież w kontekście okresu dojrzewania* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" t. 26, nr 2.

313. Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J. (2015). *Zaburzenia używania alkoholu: czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" nr 28.

314. Sarason, I. G., Pierce G. R., Sarason B. R. (1990). S*ocial suport: the sense of aceptance and role of relationships* [w:] „*Journal of Personality*" nr 65.

315. Sathyanarayana T. S., Kuruvilla K. (1991). *A study on the personality characteristics of wives of alcoholics* [w:] „*Indian Journal of Psychiatry*" nr 33(3).

316. Satir V. (2000). *Terapia rodziny. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

317. Sawicka K. (2010). *Socjoterapia- proces i metoda* [w:] Sawicka K. (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Kompendium.

318. Scher K. J. (2000). *Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików* [w:] Zbucka L. (red.). *Badania nad dziećmi alkoholików*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

319. Sęk H. (1991). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

320. Sęk H. (2005). *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu* [w:] Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (red.). *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

321. Sęk H. (2000). *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia* [w:] Ratajczak Z., Heszen- Niejodek I. (red.). *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

322. Sęk H. (2001). *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego* [w:] Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.). *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

323. Sęk H. (2004). *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

324. Sęk H., Cieślak R. (2004). *Wsparcie społeczne- sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teooretyczne* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

325. Sher K. J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.

326. Sher K. J., Walitzer K. S., Wood P. K., Brent E. E. (1991). *Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopatology* [w:] „*Journal of Abnormal Psychology*" nr 100(4).

327. Schier K. (2015). *Dorosłe Dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

328. Simon F. B., Stierlin H. (1998). *Słownik terapii rodzin*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

329. Sikora R. (2012). *Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży* [w:] „*Psychologia Rozwojowa*" t. 17, nr 2.

330. Skowrońska- Zbierzchowska A. (2008). *Rozwijanie sieci wsparcia społecznego odpowiedzią na problemy nastoletnich rodziców* [w:] „*Przegląd Pedagogiczny*" nr 2(13).

331. Skrętowska H. (2012). *Problemy w tworzeniu bliskich związków u DDA* [w:] „*Świat problemów*" nr 2.

332. Smolińska- Thesis B., Thesis W. (2010). *Badania jakościowe- przewodnik po labiryncie* [w:] Palka S. (red.). *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Pedagogika GWP.

333. Sobol E. (2002). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

334. Sobolewska Z. (1992). *Odebrane dzieciństwo: psychologiczne problemy Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

335. Sobolewska- Mellibruda Z. (2011). *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo. Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

336. Sokoluk W. (2003). *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*. Warszawa: WSiP.

337. Sroczyńska M. (2015). *Rytuały przejścia, nadania i zatwierdzania w społecznej przestrzeni rodziny (z badań nad młodzieżą)* [w:] „*Zeszyty Naukowe KUL*" nr 4 (232).

338. Stabryła J. (2013). *Źródła przemocy w rodzinie* [w:] „*Studencka Konferencja Naukowa. Czerwiec 2013*". Rzeszów: Wyższa Szkoła Prawa i Administracji Rzeszów-Przemyśl.

339. Steinglass P., Bennett L. A., Wolin S. J., Reiss D. (2009). *La familia alcoholica*. Gedisa.

340. Strelau J. (2004). *Temperament* [w:] Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Psychologia ogólna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

341. Siemieniako D. (2013). *Społeczno- kulturowe czynniki lojalności konsumentów alkoholu* [w:] „*Marketing i Rynek*" nr 12.

342. Siewierska A., Śliwczyńska J., Misiec M., Namysłowska I. (2010). *Więzi czy wiązania- przebieg procesu separacji międzypokoleniowej w rodzinach dorastającej młodzieży* [w:] Tryjarska B. (red.). *Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

343. Sikorski W. (2014). *Socjoterapia w praktyce psychopedagogicznej*. Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ.

344. Sirdak A. (2006). *Szkolne problemy dzieci z rodzin z problemem alkoholowym* [w:] „*Nauczyciel i Szkoła*" nr 1-2 (30-31).

345. Siwa- Hudowska A., Wiewiórska A. (2010). *Satysfakcja z życia i nasilenie objawów depresyjnych u Dorosłych Dzieci Alkoholików* [w:] „*Alkoholizm i Narkomania*" nr 23(2).

346. Smykowski B. (2015). *Wiek przedszkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?* [w:] A. I. Brzezińska (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

347. Stawicka M., Górska D. (2016). *Mentalizacja w kontekście przywiązania* [w:] Cierpiałkowska L., Górska D. (red.). *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.

348. Skłodowski H. (2010). *Psychologiczne wyzwania kryzysu* [w:] Skłodowski H. (red.). *Człowiek w kryzysie- psychospołeczne aspekty kryzysu*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości.

349. Skrętowska H. (2012). *Problemy w tworzeniu bliskich związków u DDA* [w:] „*Świat Problemów*" nr 2.

350. Sokal U. (1999). *Wsparcie psychiczne człowieka w rodzinie* [w:] „*Roczniki Socjologii Rodziny*" nr XI.

351. Starycha J. (2000). *Wpływ rodziny na kształtowanie się osobowości dziecka* [w:] „*Sympozjum*" nr 4/2 (7).

352. Steffenhagen R. A. (1974). *Drug abuse and related phenomena: an adlerian approach* [w:] „*Journal of Individual Psychology*" nr 30.

353. Stemplewska- Żakowicz K. (2010). *Metody jakościowe, metody ilościowe: hamletowski dylemat czy różnorodność do wyboru?* [w:] „*Roczniki Psychologiczne*" t. XIII, nr 1.

354. Strzelczyk K. (2010). *Poczucie kontroli u skazanych uczestniczących w więziennej terapii uzależnień* [w:] Gorbaniuk O., Kostrubiec- Wojtachnio B. (red.). Studia z Psychologii w KUL t. 16, Lublin: Wydawnictwo KUL.

355. Suszek H. (2007). *Różnorodność wielości Ja* [w:] „*Roczniki Psychologiczne*" t. X, nr 2.

356. Swift R., Leggio L. (2013). *Farmakoterapia wspomagająca w leczeniu uzależnienia od alkoholu i narkotyków* [w:] Miller P. M. (red.). *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

357. Szałachowski R., Kulik M. M. (2014). *Behawioralne i poznawcze metody terapii par* [w:] „*Psychoterapia*" nr 3(170).

358. Szczepańska H. (1992). *Żony alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

359. Szcześniak E. (2011). *Terapia osób uzależnionych od alkoholu w podstawowym etapie leczenia* [w:] „*Studia Gdańskie. Wizje i Rzeczywistość*" t. 8.

360. Sztajner A. (1994). *Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] „*Problemy Alkoholizmu*" nr 6.

361. Sztander W. (1997). *Poza kontrolą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

362. Sztander W. (2006). *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

363. Szymańska J., Sienkiewicz E. (2011). *Wsparcie społeczne* [w:] „*Problemy Psychiatrii*" nr 12(4).

364. Szymczak A., Niśkiewicz I., Krela- Kaźmierczak I., Linke K. (2009). *Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia przewodu pokarmowego* [w:] „*Nowiny Lekarskie*" nr 78, 3-4.

365. Ślaski S. (2005). *Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz ich rodzice- aktualny stan badań* [w:] „Roczniki Psychologiczne" t. VIII, nr 2.

366. Ślebarska K. (2010). *Wsparcie społeczne a zaradność człowieka w sytuacji bezrobocia. Studium konfrontatywne*. Katowice: Wydawca „Śląsk".

367. Śniegulska A. (2016). *Rodzice w przestrzeni życia rodzinnego* [w:] „*Edukacyjna Analiza Transakcyjna*" nr 5.

368. Świętochowska U. (2001). *Patologie cywilizacji współczesnej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

369. Świętochowski W. (2005). *Kompetencje rodziny w radzeniu sobie ze stresem spowodowanym bezrobociem jednego z rodziców* [w:] *„Acta Universitatis Lodziensis"* nr 9.

370. Świętochowski W. (2010). *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Gdy rodzina ma korzyść z choroby*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

371. Świętochowski W. (2014). *Choroba przewlekła w systemie rodziny* [w:] Janicka I., Liberska H. (red.). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

372. Świętochowski W. (2014). *Rodzina w ujęciu systemowym* [w:] Janicka I., Liberska H. (red.). *Psychologia rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

373. Szczepkowski J. (2000). *Pomagamy ofiarom przemocy domowej i rodzinie z problemem alkoholowym* [w:] „*Wychowanie na co dzień*" nr 9.

374. Szeliga- Lewińska J. (2010). *Ogólny model terapii grupowej* [w:] „*Psychiatria*" t. 7, nr 3.

375. Talik E. (2011). *Specyfika stresu szkolnego i strategie radzenia sobie z nim przez młodzież w okresie dorastania* [w:] „*Horyzonty Psychologii*" t. 1, nr 1.

376. Tarter R. E., Hegedus A. M., Goldstein G., Shelly C., Alterman A. I. (1984). *Adolescent Sons of Alcoholics: Neuropsychological and Personality Characteristics* [w:] „*Alcoholism Clinical and Experimental Research*" nr 8(2).

377. Tatarsky A. (2012). *Psychoterapia mająca na celu redukcję szkód* [w:] Tatarsky A. (red.). *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

378. Terelak J. F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

379. Tereszkowska- Łowińska H. (2000). *Psychologiczne pozycje zyciowe DDA* [w:] „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*" nr 3.

380. Tomalski P. (2007). *Nietypowe rodziny. O parach lesbijek i gejów oraz ich dzieciach z perspektywy teorii przywiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

381. Tomalski R. (2008). *Aleksytymia i dysocjacja* [w:] „*Psychoterapia*" nr 2 (145).

382. Tomaszewski T. (1978). *Człowiek i otoczenie* [w:] *Psychologia*. Tomaszewski T. (red.). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.

383. Trębińska- Szumigraj E. (2010). *Współuzależnienie matek narkomanów*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

384. Tyszkowa M. (2010). *Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań*. Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.

385. Trzęsowska- Greszta E., Szymczyk B. (2014). *Styl przywiązania a seksualność człowieka w świetle najnowszych badań* [w:] „*Fides et Ratio*" nr 4(20).

386. Wasilewska- Ostrowska K. M. (2014). *Społeczno- socjalne aspekty uzależnień. Wybrane problemy* [w:] Wasilewska- Ostrowska K. M. (red.). *Praca socjalna z osobą uzależnioną i jej rodziną. Wybrane problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

387. Waszyńska K. (2010). *Biograficzne uwarunkowania życia seksualnego*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

388. Wegscheider- Cruse S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

389. Werner E. E. (1986). *Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18* [w:] „*Journal of Studies on Alcohol*", 47(1).

390. Werner E., Smith R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill.

391. Węcek M. (2014). *Pomoc rodzinie w świetlicy socjoterapeutycznej* [w:] „*Świat Problemów*" nr 6 (257).

392. Whalen T. (1953). *Wives of alcoholics- four types observed in a family service agency* [w:] „*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*" nr 14.

393. Widera- Wysoczańska A. (2001). *Gdzie się podziało moje dzieciństwo?* [w:] „*Charaktery*" nr 3.

394. Wiliński P. (2005). *Wiek szkolny. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] Brzezińska A. I. (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

395. Wilson C. P., Hogan C. C., Mintz I. L. (1985). *Fear of being fat: the treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York.

396. Windle M., Davies P. T. (2003). *Teoria rozwojowa i związane z nią badania* [w:] Leonard K. E., Blane H. T. (red.). *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

397. Włodarczyk E. (2014). *Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego- od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia* [w:] „*Resocjalizacja Polska*" nr 8.

398. Włodarczyk E. (2016). *Konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym- bagaż na całe życie* [w:] „*Seminare*" t. 37, nr 2.

399. Włodarczyk E. (2016). *O wsparciu społecznym i jego znaczeniu* [w:] Spętana J., Krzysztofiak D., Włodarczyk E. (red.). *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

400. Włodarczyk E., Cytlak I. (2011). *Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa* [w:] Włodarczyk E., Cytlak I. (red.). *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

401. Włodawiec B. (1997). *Jak wychować ofiarę przemocy?* [w:] „*Świat Problemów*" nr 5.

402. Wnuk M., Marcinkowski J. T. (2012). *Alkoholizm- przegląd koncepcji i metod leczenia* [w:] „*Hygeia Public Health*" nr 47(1).

403. Wnuk M., Purandare B., Marcinkowski J. T. (2013). *Struktura spożycia alkoholu w Polsce w ujęciu historycznym* [w:] „Problemy Higieny i Epidemiologii" nr 94 (3).

404. Woititz J. G. (1992). *Dorosłe Dzieci Alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

405. Woititz J. G. (1990). *Małżeństwo na lodzie. Psychologiczne problemy żon alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.

406. Woititz J. G. (2000). *Lęk przed bliskością. Jak pokonać dystans w związku*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

407. Wojciechowska J. (2005). *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] Brzezińska A. I. (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

408. Wojciszke B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

409. Wojtynkiewicz E. (2016). *Uzależnienie od alkoholu z perspektywy teorii przywiązania- studium przypadku* [w:] „*Psychoterapia*" nr 2 (177).

410. Woodside M. (1988). *Research on Children of Alcoholics* [w:] „*British Journal of Addiction*" nr 83.

411. Woronowicz B. T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

412. Woronowicz B. T. (2001). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

413. Woronowicz B. T. (2008). *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.

414. Woronowicz B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.

415. Wosińska W. (2004). *Psychologia życia społecznego*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

416. Wrześniewski K., Włodarczyk D. (2004). *Rola wsparcia społecznego w leczeniu i rehabilitacji osób po zawale serca* [w:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

417. Viswesvaran Ch., Sanchez J. I., Fischer J. (1999). *The Role of Social Support in the Process of Work Stress: A Meta- Analysis* [w:] „*Journal of Vocational Behavior*" nr 54.

418. Zalas K. (2009). *System wartości dorosłych dzieci alkoholików* [w:] „*Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*" t. XVIII.

419. Załuska M., Kossowska- Lubowicka A. (2009). Współuzależnienie i zespół stresu pourazowego w rodzinie alkoholowej [w:] „Studia nad Rodziną" nr 13/ 1-2.

420. Ziemska M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

421. Ziółkowska B. (2005). *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?* [w:] Brzezińska A. I. (red.). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

422. Żak P., Brzezińska M. (2012). *Męskość rodzi kobiecość* [w:] „*Charaktery*" nr 6.

Netografia:

1. Światowa Organizacja Zdrowia (2010). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD- 10*. http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10 /pdf/ICD10TomI.pdf [dostęp dn. 04.08.2016, godz. 15:40].
2. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. *Statystyki.* http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki [dostęp, 03.11.2016, godz. 17:09].
3. Fronczyk K., Sacewicz M. (1999). *Alkohol, przemoc i agresja*. http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/251-alkohol-p rzemoc-i-agresja.html [dostęp, 12.11.2016, godz. 16:34].
4. Paszkiewicz W., Wiechcińska A. (2012). *Przemoc a agresja*. http://www.niebieskalinia.info/index.php/przemoc-w-rodzinie/7-przemoc-a-agresja [dostęp, 16.11.2016, godz. 10:05].
5. http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50 63,Przemoc-w-rodzinie.html [dostęp, 17.11.2016, godz. 11:51].
6. Włodawiec B. (2008). *Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy*. http://www.psychologia.net.pl/artykul.php ?level=342 [dostęp, 08.12.2016, godz. 11:50].
7. Powierza M. (2010). Dorosłe Dzieci Alkoholików. Strategie radzenia sobie DDA z przeszłością. http://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/Presentatio ns0/dda2.pdf [dostęp 04.05.2017, godz. 23:07].
8. Główny Urząd Statystyczny (2016). Rocznik demograficzny. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/10/1/rocznik_demograficzny_2016.pdf [dostęp 16.10.2017, godz. 14:45].
9. http://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci/al-ateen [dostęp 31.10.2018, godz. 11:06].
10. http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki [dostęp 02.04.2019r., godz. 16:22].

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości