

*Mieczysław Radochoński*  
Wyższa Szkoła Pedagogiczna  
w Rzeszowie

## WYBRANE ZAGADNIENIA PSYCHOPATOLOGII W UJĘCIU SYSTEMOWEJ KONCEPCJI RODZINY

Zależności zachodzące pomiędzy określonymi procesami zachodzącymi w rodzinie, traktowanej jako integralny system psychospołeczny, a zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zostały już dawno w oparciu m.in. o dane z obserwacji klinicznych przeprowadzonych na rodzinach pacjentów cierpiących na schizofrenię (Bowen 1978). Dane te stały się podstawą do opracowania teoretycznych modeli procesów wewnątrzrodzinnych (np. procesu homeostazy rodzinnej czy triangulacji), które znalazły zastosowanie w praktyce terapii rodzin. Z kolei burzliwy rozwój terapii rodzinnej, jaki obserwujemy w ciągu ostatnich 25 lat, sprzyjał powstawaniu nowych systemowych modeli rodziny (Minuchin 1974, Bateson 1972). Oryginalne koncepcje zawarte w tych modelach stały się bodźcem do podejmowania badań empirycznych według nowych paradygmatów. Dodatkowo sprzyjał temu rozwój nowoczesnych metod badawczych, jak np. mikroanalityczna obserwacja zachowania (Bakeman, Gottman 1986) czy analiza statystyczna sekwencji zachowania (Falk, Miller 1991). Coraz częściej koncepcje wywodzące się z teorii systemów rodzinnych znajdowały zastosowanie w badaniach nad uwarunkowaniami różnych form psychopatologii (Patterson, Reid 1984; Dunn, Munn 1985). Duża liczba prac z tego zakresu uniemożliwia dokonanie ich szczegółowego przeglądu w ograniczonych ramach tego artykułu.

### Podstawowe cechy rodziny jako systemu

*Rodzina jako integralna całość.* Systemowe koncepcje rodziny podkreślają, że relacje wewnątrzrodzinne wywierają tak duży wpływ na zachowanie każdej jednostki, że nie można właściwie zrozumieć i prognozować jej zachowania

w oderwaniu od innych członków rodziny. W związku z tym, jeśli np. u jakiegoś chłopca stwierdza się „zaburzenia kontroli postępowania”, to nie można przewidzieć trafnie jego zachowania tylko na podstawie znajomości wykazywanych przez niego objawów czy cech osobowości przy jednoczesnym pomijaniu kontekstu rodzinnego, w jaki to zachowanie jest uwikłane. Chodzi tu zwłaszcza o relacje dziecka z rodzicami i innymi członkami rodziny. Ze względu na ważne znaczenie tych wzajemnych oddziaływań, wielu zwolenników podejścia systemowego zaproponowało, aby za przedmiot obserwacji i interwencji terapeutycznej uznać nie pojedynczego członka rodziny lecz relacje zachodzące w jego rodzinie. W swoim czasie oznaczało to radykalne odejście od klasycznego myślenia w psychiatrii i psychologii, które było skoncentrowane na jednostce i występujących u niej objawach. W wyniku tych zmian klinicyści coraz częściej zaczęli zwracać uwagę jednocześnie na pacjenta oraz jego relacje z członkami rodziny.

*Cyrkularność.* Cyrkularność należy do najważniejszych właściwości każdego systemu rodzinnego. Koncepcje systemowe odchodzą od tradycyjnego, tj. linearnego, pojmowania zależności przyczynowo-skutkowych wychodząc z założenia, iż w rzeczywistości należy liczyć się z cyrkularnością w tym zakresie. Istotą jej jest nieprzerwany proces wzajemnych oddziaływań zachodzących między przyczynami i skutkami. Dlatego nieadekwatnym wydaje się wiązanie jakiegoś problemu występującego u określonej osoby w danym czasie z jedną określoną przyczyną, gdyż zawsze można znaleźć alternatywne przyczyny w kolejnych odcinkach czasu. W rzeczywistości to, co wydaje się być przyczyną określonych zaburzeń, może okazać się skutkiem oddziaływania przyczyn, których w danym momencie nie uświadamiamy sobie.

*Homeostaza rodzinna.* Po raz pierwszy terminu tego użył D. Jackson (1965) dla określenia mechanizmu, którego celem jest utrzymanie stabilności w rodzinie. Jego działanie powoduje, że wszelkie próby zaburzenia stabilności rodziny podejmowane przez kogokolwiek z jej członków spotykają się ze zdecydowanym sprzeciwem ze strony pozostałych, co służy zachowaniu lub odtworzeniu dotychczasowej równowagi. W ramach tego mechanizmu funkcję regulatora równowagi może pełnić objaw zaburzeń występujący u jednego z jej członków. Taka sytuacja występuje np. wówczas, gdy kłótnia małżonków będących w stanie przewlekłego konfliktu wywołuje atak agresji u dziecka. Koncentrując się na zachowaniu dziecka małżonkowie odwracają uwagę od swoich problemów, co z kolei zapobiega zaostrzeniu się konfliktu i rozpadowi rodziny. Mechanizm ukazany na tym przykładzie pomaga wyjaśnić genezę wielu rodzajów zaburzeń u dzieci i młodzieży, głównie emocjonalnych, będących efektem ich nadmiernego zaangażowania w konflikty między rodzicami. Rola mechanizmów homeostatycznych w rodzinie nie jest jednoznaczna. W pewnych przypadkach jest ona pozytywna, gdyż dzięki nim tzw. normalna rodzina może utrzymywać ciągłość i być przewidywalna w stale zmieniającym się

środowisku. Z drugiej strony mechanizmy te mogą być dysfunkcjonalne, gdyż poprzez swą rutynowość: 1. utrudniają rodzinie skuteczne radzenie sobie w sytuacjach o charakterze stresowym, 2. hamują lub uniemożliwiają rodzinie dokonywanie pożądanych zmian w jej strukturze i funkcjach, w związku z wchodzeniem w kolejne fazy cyklu rozwojowego.

*Triangulacja.* Pojęcie to rozpowszechnił w literaturze M. Bowen (1978), który wyszedł z założenia, że systemy dwuosobowe z natury swej są mniej stabilne niż trzyosobowe. W systemach dwuosobowych nadmierne napięcie emocjonalne może dość łatwo doprowadzić do ich rozpadu. Tymczasem w systemach 3-osobowych napięcie między dwiema osobami może być regulowane przez odpowiednie zachowanie trzeciej z nich. Np. kiedy poziom napięcia jest niski, relacje między dwoma członkami systemu stają się bliskie, zaś trzeci członek przyjmuje pozycję outsidera:  $(A + B) > C$ . W miarę wzrostu napięcia emocjonalnego w systemie jedna z osób tworzących przymierze może poszukiwać bliższego związku z dotychczasowym outsiderem, który często jest skierowany przeciwko aktualnemu partnerowi. Powoduje to zmianę konstelacji wewnątrzrodzinnej:  $(A + C) > B$ . W ten sposób dotychczasowy outsider (C) został wciągnięty przez A w konflikt przeciwko B. Jeśli nasilenie tego konfliktu wzrasta, to rośnie także możliwość, iż A i B z powrotem dojdą do porozumienia, co z kolei może nastawić C przeciwko A, itd. Taka sytuacja często występuje w rodzinach z dzieckiem w okresie dorastania, które w sytuacjach konfliktowych tworzy koalicję raz z jednym a raz z drugim rodzicem skierowaną przeciwko osobie będącej w danej chwili outsiderem. Triangulacja służy zmniejszeniu napięcia stresowego w rodzinie, a także utrzymaniu stabilności jej systemu. Jej negatywnym efektem może być powstawanie objawów zaburzeń u tych uczestników procesu, którzy poczuli się odrzuceni (np. gdy outsider nie potrafiący tolerować zbyt dużego dystansu od pozostałych członków rodziny reaguje nadmiernym piciem alkoholu).

*Granice.* Definiowane są jako niewidoczne „ogrodzenia” przebiegające wokół podsystemów (np. małżonków czy rodzeństwa) lub rodziny jako całości. Granice wokół podsystemów różnią się pod względem przepuszczalności, tj. zakresu, w jakim pozwalają one na kontaktowanie się pomiędzy różnymi systemami. Granice zbyt sztywne są typowe dla systemów rodzinnych odseparowanych od innych, natomiast zbyt elastyczne – dla systemów splecionych wewnątrznie (tj. niezróznicowanych). Systemy odseparowane sprzyjają rozwojowi autonomii jednostek, jednak utrudniają rozwój bliskich kontaktów z innymi. I odwrotnie, w systemach mało zróżnicowanych istnieją warunki do kształtowania się bliskich kontaktów, lecz odbywa się to kosztem rozwoju osobistej autonomii członków rodziny. Szczególnie wiele uwagi poświęcono dotychczas takim podsystemom, jak podsystem małżeński czy podsystem rodzic-dziecko, mniej zaś – podsystemowi tworzonemu przez rodzeństwo. Innym rodzajem granic są te, które istnieją między rodziną nuklearną

a rodzinami pochodzenia. W tym kontekście pojawia się pytanie: w jaki sposób pewne zaburzenia zachowania są przenoszone z jednego pokolenia rodziny na inne?

*Morfogeneza.* Za pomocą tego pojęcia wyjaśnia się procesy służące zmianom i rozwojowi rodziny w miarę upływu czasu. Pod tym względem morfogeneza stanowi przeciwieństwo homeostazy, która sprzyjała zachowaniu dotychczasowej równowagi w systemie. Dzięki procesom morfogenetycznym rodzina może dokonywać zmian w strukturze swego systemu w sytuacjach szczególnych lub podczas przechodzenia do kolejnej fazy cyklu rozwojowego (np. po urodzeniu się dziecka, usamodzielnieniu się go, śmieci członka rodziny, pogorszeniu się sytuacji materialnej). W zależności od wymagań narzuconych przez sytuację, zmiany dokonywane przez rodzinę mogą mieć charakter pierwszorzędowy, które polegają na wprowadzaniu drobnych korekt do obowiązującego zestawu norm postępowania lub też drugorzędowy, tj. opracowanie całkowicie nowego kompleksu zasad i norm określających zachowanie członków rodziny.

### **Zaburzenia psychiczne z pozycji systemowej koncepcji rodziny**

Nowoczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych, do których należą DSM-IV (1994) oraz ICD-10 (1997), wskazują na istotne znaczenie czynników rodzinnych w etiologii takich form psychopatologii, jak zaburzenia emocjonalne, schizofrenia, zaburzenia osobowości i wiele innych. Z perspektywy systemowej koncepcji rodziny należy inaczej patrzeć na rolę wielu czynników etiologicznych. Zwolennicy tej koncepcji uważają, że diagnozowanie zaburzeń nie jest po prostu procesem poznawczym powstającym w umyśle klinicysty, lecz swego rodzaju transakcją zawieraną pomiędzy nim a rodziną pacjenta. Dość często zdarza się, że rodzina z określonych względów „etykietkuje” swego członka jako „pacjenta”, podczas gdy w rzeczywistości zaburzony jest cały jej system. Podejście systemowe nakazuje okazywanie pewnego sceptycyzmu wobec tradycyjnych prób wyjaśniania etiologii, zgodnie z którymi określony, najczęściej pojedynczy, czynnik odpowiedzialny jest za powstanie danych objawów zaburzeń. W rzeczywistości zależności, jakie tu występują, mają bardziej skomplikowany charakter. Zrozumienie roli czynników etiologicznych wymaga uwzględnienia mechanizmu cyrkularności. Oznacza to, że należy liczyć się z obecnością złożonej sieci zjawisk i relacji w rodzinie, które oddziałują wzajemnie na siebie, wywołują w efekcie objawy zaburzeń psychicznych u jednego lub więcej członków rodziny. Określony objaw może pełnić specyficzną funkcję w systemie rodzinnym, której nie zrozumiemy właściwie bez uwzględnienia całego kontekstu, w jakim on występuje. Np. ucieczkę z domu dorastającego dziecka należy traktować jako objaw służący homeostazie rodzinnej, jeśli poprzedziły ją intensywne kłótnie między rodzicami.

Objawy psychopatologiczne mogą pełnić różne funkcje w systemie rodzinnym. Pomędzy tymi dwoma zmiennymi, tj. objawami zaburzeń a systemem rodzinnym, zachodzą istotne wzajemne zależności. Poniżej omawiam najważniejsze z nich.

### *1. System rodzinny jako moderator objawów depresyjnych*

Tradycyjne koncepcje psychopatologiczne wiązały objawy zaburzeń z pojedynczym człowiekiem, doszukując się ich przyczyn w czynnikach biologicznych lub środowiskowych występujących w przebiegu cyklu rozwojowego jednostki. Stosunkowo niedawno zwrócono uwagę na fakt, że patologia może odnosić się także do relacji występujących między ludźmi. Objawy zaburzeń psychicznych mogą pełnić funkcję regulatora wpływającego na jakość tych relacji oraz dystans między członkami rodziny. Do grupy tych zaburzeń należą objawy depresyjne. Dość dawno temu zwrócono uwagę, iż wzajemne oddziaływanie na siebie dwóch osób może podtrzymywać, a nawet wzmacniać objawy depresyjne u jednej z nich. Zdaniem Coyne (1976), nasilenie objawów depresyjnych wzrasta w takich sytuacjach, gdyż pacjent nimi dotknięty pozbawiony jest wsparcia dostarczającego mu poczucia bezpieczeństwa. Z kolei jego zachowanie może wywoływać poczucie winy u innych członków rodziny, którzy starają się poświęcać więcej czasu i uwagi osobie depresyjnej. Zewnętrzny przejaw troski i współczucia może towarzyszyć skrywane uczucie odrzucenia pacjenta, które, prędzej czy później, zostaje przez niego trafnie odszyfrowane. Efektem tego jest nasilenie się objawów depresji, itd. W przypadku tym spotykamy się z sekwencją wzajemnych oddziaływań członków rodziny prowadzących do eskalacji istniejących zaburzeń.

Coyne i współpracownicy (1978) wykazali, że osoby depresyjne są często odbierane przez szych domowników jako uciążliwe i przykre. Swoje wnioski oparli na wynikach badań 42 osób mieszkających z pacjentami znajdującymi się w stanie depresji. Współżycie z nimi było dla nich do tego stopnia stresujące, że w wielu przypadkach łączyło się z potrzebą korzystania z pomocy psychologicznej. Codzienne kontakty z osobami depresyjnymi dostarczały wielu okazji do przeżywania lęku, smutku i niezadowolenia z życia. Szczególnie silne reakcje emocjonalne u członków rodziny wywoływały takie objawy występujące u pacjentów, jak spadek nastroju, brak zdecydowania w działaniu, brak zainteresowań oraz głęboki pesymizm.

Z wielu badań wynika, że procesy występujące w rodzinie osoby cierpiącej na depresję są bardzo złożone. Z jednej strony depresja u jednego z rodziców może wywierać negatywny wpływ na interakcje z innymi członkami rodziny, co z kolei może pogarszać indywidualne funkcjonowanie tej osoby. Z drugiej strony – objawy depresyjne mogą przerwać ten łańcuch wzajemnych negatywnych oddziaływań, zapobiegając w ten sposób odrzuceniu pacjenta przez zdrowych członków rodziny.

## 2. System rodzinny jako moderator oddziaływania czynników biologicznych

Stosunkowo niewiele jest badań, które brałyby pod uwagę łączny wpływ czynników biologicznych i środowiskowych w etiologii i terapii zaburzeń zachowania. Zwykle bowiem te dwie grupy czynników traktowane są oddzielnie.

Regulacyjny wpływ systemu rodzinnego na obraz kliniczny oraz wyniki terapii można ukazać na przykładzie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ZNP) u dzieci. Przyczyną tego zespołu jest opóźnione lub nieharmonijne dojrzewanie różnych funkcji ośrodkowego układu nerwowego spowodowane różnorodnymi czynnikami, jak np. rozsiane mikrouszkodzenia mózgu, zaburzony przebieg rozwoju płodowego, urazy okołoporodowe, itd. (Popielarska 1981). Postępowanie lecznicze zakłada zarówno stosowanie środków farmakologicznych (np. neuroleptyków), jak też oddziaływanie wychowawcze i usprawnianie ruchowe. Pozwala to na obserwowane wzajemnego wpływu tych czynników na siebie.

W badaniach, jakie przeprowadzili Humphries, Kinsbourne i Swanson (1978) wzięło udział 26 dzieci ze stwierdzonym ZNP. Połowie z nich podano leki uspokajające, zaś drugiej – placebo. Następnie dzieci te zostały umieszczone wraz ze swoimi matkami w oddzielnych pomieszczeniach, gdzie mogły się z nimi bawić i wykonywać wspólnie określone zadania (np. układanki). W ten sposób dzieci zmuszane były do wchodzenia w interakcje z matkami w kontrolowanych warunkach, umożliwiającą szczegółową rejestrację zachowań. Wyniki tego eksperymentu wykazały, że dzieci znajdujące się pod działaniem leku były spokojniejsze, lepiej współpracowały z matkami, popełniały mniej błędów w zabawach oraz częściej były chwalone przez matki niż dzieci, które zażyły placebo. Podobne badania powtórzyli po kilku latach Barkley i współpracownicy (1985). Ich celem było określenie czy zależności, jakie wcześniej stwierdzono między leczeniem farmakologicznym a interakcjami w rodzinie zależą od wieku dziecka oraz dawki leku. Do badań zakwalifikowano 60 chłopców z ZPN w wieku 5-9 lat oraz ich matki. Połowie dzieci podano placebo, zaś pozostałym leki w coraz to większej dawce (Ritalin). Następnie obserwowano zachowanie dzieci w 1-godzinnych odcinkach czasowych, podczas których brały one udział, wspólnie z matkami, w swobodnych zabawach, rysowaniu figur geometrycznych, rozwiązywaniu zadań matematycznych oraz kompletowaniu układanek. Wyniki obserwacji wykazały, że chłopcy znajdujący się pod działaniem leków zachowywali się bardziej spokojnie, koncentrowali się przez dłuższe okresy czasu oraz ściślej stosowali się do uwag ze strony swoich matek w porównaniu do tych, którym podano tylko placebo. Okazało się także, iż wiek dziecka nie odgrywał większego znaczenia jeśli chodzi o wpływ leku na zachowanie. W nowszych badaniach tego rodzaju (Barkley 1989) wykazano, że zmienną, która do pewnego stopnia modyfikuje

wpływ leku na zachowanie dziecka nadpobudliwego jest jego płeć. Dziewczynki okazały się bardziej posłuszne i lepiej kontrolowały swoje zachowanie w sytuacjach zadaniowych niż chłopcy.

Tego rodzaju badania wskazują na potrzebę równoczesnego prowadzenia badań nad czynnikami biologicznymi oraz systemem rodzinnym. Ich wyniki udowadniają, iż stosowanie odpowiednich środków farmakologicznych w zdecydowany sposób wpływa na poprawę relacji w rodzinie, zwłaszcza między matkami a dziećmi sprawiającymi trudności wychowawcze w związku z zaburzeniami zachowania, jakie u nich występują. Dodatkowo dostarczają one dowodów, iż określone zachowania rodziców są reakcją na odpowiednie zachowania występujące u ich dzieci. Przy czym zależność ta wyraźniej odnosi się do negatywnych form reagowania rodziców, np. w postaci uwag dyscyplinujących czy kar fizycznych.

### **Integracja czynników genetycznych i rodzinnych**

Od dawna uczonych intrygował problem zawarty w pytaniu: jak to się dzieje, że ta sama rodzina stanowi inne środowisko dla poszczególnych dzieci. Kwestii tej nie rozwiązują do końca wyjaśnienia, iż wpływają na to zróżnicowane relacje dziecka z poszczególnymi rodzicami oraz asymetryczne relacje między rodzeństwem. Uzyskanie pełnej odpowiedzi na postawione wyżej pytanie wymaga uwzględnienia roli czynników genetycznych.

W ostatnich latach stwierdza się ponowny wzrost zainteresowania rolą czynników genetycznych. Odpowiednie badania prowadzone są głównie na rodzinach posiadających bliźnięta oraz dzieci adoptowane. Koncentrują się one na roli szerokiej klasy czynników wpływających na rozwój indywidualnej psychopatologii u dzieci, szczególnie w odniesieniu do poznawczej i społecznej sfery rozwoju. W wielu przypadkach dziedziczność odgrywa istotną rolę w genezie zaburzeń zachowania, zaś jej udział określa się w granicach 40 %. W większości jednak przypadków udział czynników środowiskowych, oddziałujących w oderwaniu od genów, jest większy. Co więcej, nawet w tej samej rodzinie czynniki te mogą wywierać zróżnicowany wpływ na rozwój dzieci. Można zatem wśród nich wyróżnić elementy „wspólne” i „odrębne” z punktu widzenia wpływu, jaki wywierają na rozwój rodzeństwa. Np. czynnikiem wspólnym będzie styl wychowania w rodzinie, zaś odrębnym – poziom wykształcenia zapewniany poszczególnym dzieciom przez rodziców lub stopień ich narażenia na szkodliwe wpływy środowiska społecznego.

Rolę czynników genetycznych określa się najczęściej na podstawie wyników badań dwójakiego rodzaju. Pierwszy model stanowią badania nad rodzinami dzieci wychowywanych razem, lecz niespokrewnionych ze sobą. Zwykle są to rodziny zrekonstruowane, w których rodzeństwo jest owocem dwóch różnych

związków małżeńskich lub też część stanowią dzieci biologiczne, a część – dzieci adoptowane. Zróżnicowane w ten sposób rodzeństwo jest porównywane z naturalnym rodzeństwem, które posiada około 50% wspólnych genów. Z porównania odpowiednich pomiarów można obliczyć przybliżony zakres oddziaływania czynników genetycznych i środowiskowych. Drugi model stanowią badania nad rodzinami dzieci będących bliźniętami monozygotycznymi. Mimo całkowitego podobieństwa biologicznego, w świetle nowszych badań okazuje się, że zgodność występowania niektórych form psychopatologii nie musi być wysoka. Np. Gottesman i Shields (1982) stwierdzili, że wskaźnik zgodności występowania schizofrenii wśród bliźnięt monozygotycznych nie przekracza 50%. Oznacza to, że w populacji rodzeństwa tego rodzaju, jeśli psychoza ta występuje u jednego z bliźnięt, to co najmniej u połowy drugich bliźnięt nie stwierdza się jej objawów w całym cyklu życiowym. Inaczej mówiąc, mimo tak bliskiego pokrewieństwa musiały zaistnieć jakieś odrębne czynniki, które uchroniły zdrowe bliźnięta przed chorobą. Z drugiej strony tylko jedno z bliźnięt znajdowało się pod wpływem pewnych czynników patogennych, które były odpowiedzialne za rozwój choroby. Dane te przekonują nas o istotnym wpływie czynników, które nie są wspólne dla bliźnięt monozygotycznych (identycznych). Jednym z takich czynników jest odmienne traktowanie dziecka przez oboje rodziców. Np. jeśli jedno z bliźnięt otrzymywało więcej troski i opieki ze strony ojca niż drugie, wykazywało później wyższy poziom aspiracji edukacyjnych i zawodowych (Daniels 1986). Środowisko rodzinne dziecka zawiera wiele czynników tego rodzaju.

### **Psychopatologia w procesie uniezależnienia się dzieci od rodziców**

Obecnie nikt nie podważa dużego wpływu rodziny pochodzenia na funkcjonowanie przyszłych pokoleń. W literaturze można znaleźć opisy działania mechanizmów tego wpływu w odniesieniu do takich zjawisk, jak rozwody (Cattot 1988), stosowanie przemocy wobec dzieci (Simons et al. 1991), zamachy samobójcze (Sorenson, Rutter 1991) oraz wiele innych. Jednakże niektóre czynniki rządzące procesem transmisji międzypokoleniowej wymagają dalszych badań. Celem wyjaśnienia istoty tego ważnego procesu powstało kilka oryginalnych koncepcji teoretycznych (por. Bowen 1978; Boszormenyi-Nagy, Spark 1973).

Centralnym pojęciem koncepcji M. Bowena jest „zróżnicowanie własnego ja” (differentiation of self). Niski poziom takiego zróżnicowania prezentują te osoby, u których występuje nadmierny stopień połączenia procesów intelektualnych i emocjonalnych. Powoduje to, że w wielu sytuacjach, zwłaszcza trudnych, ich zachowanie zdominowane jest przez emocje, przez co staje się ono mało elastyczne. W przeciwieństwie do nich, osoby „wysoce zróżnicowa-



ne” nie kierują się w takim stopniu emocjami typu lęk czy agresja, dzięki czemu lepiej sobie radzą w sytuacjach trudnych. Zdaniem Bowena „zróznicowanie” odnosi się nie tylko do jednostek, ale także do całych rodzin. Uważa on, że w każdej rodzinie obecna jest pewna doza lęku lub innych emocji o charakterze przewlekłym, mimo iż rodzina może otwarcie temu zaprzeczać. W rodzinach osób „niezróznicowanych” emocje wykazują tendencję do utrwalania się i wpływają na ich funkcjonowanie w poszczególnych obszarach. W przypadku lęku rodzina może usiłować zmniejszyć jego negatywny wpływ za pomocą takich zachowań, jak: odsuwanie się od siebie określonych osób, wywoływanie konfliktów małżeńskich czy „uciekanie w chorobę” przez jednego z jej członków. Rodzice mogą też angażować dzieci we własne problemy emocjonalne, np. nierozwiązane konflikty. Proces ten (tzw. projekcja rodzinna) może obejmować nawet kilka pokoleń rodziny, zaś jego efektem jest przenoszenie się określonych form zaburzeń z rodziców na dzieci, a następnie na wnuki, itd. Centralną postacią procesu projekcji rodzinnej jest matka, szczególnie ta, która przyjmuje na siebie całkowitą odpowiedzialność za wychowanie dziecka, a jednocześnie nie czuje się w pełni kompetentna w wypełnianiu roli rodzicielskiej. Taka matka z niepokojem podchodzi do wszelkich problemów zdrowotnych i trudności wychowawczych związanych z dzieckiem, najczęściej wyolbrzymiając je. W rezultacie traktuje ona dziecko zgodnie ze swoim wyobrażeniem o nim, nie zaś zgodnie ze stanem rzeczywistym. Po pewnym czasie zachowania matki stają się reakcjami nie tylko na to, co dziecko rzeczywiście robi, ale też co mogłoby zrobić według jej wyobrażeń na ten temat. Wysoki poziom lęku obecny u matki i jej nadopiekuńczość wobec dziecka powodują, że także dziecko reaguje lękowo w interakcjach z matką. Po pewnym czasie uczy się ono, że kiedy reaguje zgodnie z jej oczekiwaniami, wówczas matka uspokaja się. Inaczej mówiąc, nadmierny poziom lęku i nadopiekuńczość ze strony matki wymuszają na dziecku podjęcie roli osoby zależnej, podporządkowanej i chorej. Proces ten po pewnym czasie zwykle prowadzi do rozwoju u dziecka objawów zaburzeń zachowania, które ujawniają się najczęściej w sytuacjach stresowych. Zdaniem Bowena (1978) okresem ujawniania się objawów zaburzeń u dziecka pochodzącego z takiej rodziny jest zwykle wiek dorastania, kiedy to wzrost napięcia stresowego związany jest z domaganiem się przez dziecko większego stopnia autonomii. Proces projekcji rodzinnej może trwać przez wiele lat i obejmować kilka pokoleń rodziny. W każdym z tych pokoleń pojawia się co najmniej jedno dziecko, które jest mniej „zróznicowane” niż rodzice i funkcjonuje na odpowiednio niższym poziomie (Radochoński 1982).

Inną koncepcję transmisji międzypokoleniowej opracowali Boszormenyi-Nagy i Spark (1973). Istotą jej jest pojęcie lojalności między dziećmi a rodzicami oraz ukrytego zobowiązania dzieci do spłacenia rodzicom swego „długu” za opiekę, jakiej od nich doznawali. Dług ten może być spłacony przez

dzieci na 3 główne sposoby: 1. zostanie rodzicem i zapewnienie bardzo troskliwej opieki własnym dzieciom oraz wzięcie za nich pełnej odpowiedzialności, 2. przedłużenie silnej więzi z własnymi rodzicami oraz pozostanie z nimi kosztem własnego życia rodzinnego, 3. utrzymanie optymalnej równowagi między tymi dwiema możliwościami poprzez sprawowanie właściwej opieki nad własnymi dziećmi oraz starzejącymi się rodzicami w miarę występujących potrzeb. Zgodnie z tą koncepcją dziecko, które uważa, iż otrzymało od rodziców zbyt mało troskliwej opieki, znajduje się w trudnej sytuacji: z jednej strony odczuwa do nich żal i niechęć, a z drugiej – nie chciałoby być nielojalnym wobec nich. W takiej sytuacji zwykle koncentruje się nadmiernie nad swoim własnym dzieckiem, zapewniając mu troskliwą opiekę, starając się w ten sposób nie powtarzać błędów popełnionych przez swoich rodziców. Nadopiekuńczość, z jaką mamy tu do czynienia, może być przyczyną wielu trudności w późniejszym funkcjonowaniu dziecka. Inną możliwością zachowania się w sytuacji konfliktu wewnętrznego wywołanego stanem „podzielonej lojalności” jest poszukiwanie „kozła ofiarnego” wśród osób najbliższych, np. współmałżonka czy dziecka. Zwrócenie się przeciwko takiej osobie pozwala pozostać lojalnym wobec „złych” rodziców.

Oba przedstawione modele transmisji międzypokoleniowej posiadają pewne podobieństwa, np. „niezróznicowana” rodzina Bowena przypomina rodzinę z koncepcji Boszormenyi-Nagy i Spark, w której dziecko nie może odłączyć się od rodziców z powodu nadmiernie silnej lojalności wobec nich. Ich autorzy kładą duży nacisk na znaczenie relacji między matką a dzieckiem, które, w określonych warunkach, mogą być czynnikiem służącym przenoszeniu się patologii z jednego pokolenia rodziny na następne. Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy matka zamiast zaspokajać potrzeby rozwojowe dziecka, koncentruje się na zaspokajaniu własnych potrzeb emocjonalnych oraz rozwiązywaniu konfliktów wewnętrznych wyniesionych z rodziny pochodzenia.

### **Zaburzenie granic w podsystemie rodzice-dziecko jako czynnik psychopatogeny**

Przedstawione wyżej modele teoretyczne coraz częściej weryfikowane są empirycznie. Np. w świetle wyników swoich badań Engfer (1988) znalazła dowody na poparcie tezy, że koalicje międzypokoleniowe, zawierane zwykle między matką a dzieckiem, można uznać za wskaźnik stresu występującego w podsystemie małżeńskim. W pewnych przypadkach tego rodzaju, bliską relację matki z dzieckiem należy traktować jako formę kompensacji braku zadowolenia z małżeństwa odczuwanego przez matkę. Zgodnie z występującą tu zależnością: im większy stopień konfliktu między małżonkami, tym silniejsza jest więź matki z małym dzieckiem oraz większe nasilenie nadopiekuńczości z jej strony. Inni autorzy (np. Meyer 1988) także potwierdzają istnienie związku

między jakością relacji małżeńskich a rodzajem postaw rodzicielskich, aczkolwiek nie odnoszą tego do obecności ewentualnych koalicji międzypokoleniowych. Wydaje się oczywiste, że rodzice uwikłani w konflikt małżeński mogą w różnym stopniu angażować się w proces wychowania dziecka oraz stosować odmienne metody wychowawcze, co w konsekwencji może doprowadzić do powstania zaburzeń w rozwoju psychospołecznym dziecka. Występowanie głębokich związków emocjonalnych między matką a dzieckiem, przy jednoczesnym naruszaniu granic międzypokoleniowych, może być powtórzone przez dziecko w następnym pokoleniu. W niektórych relacjach między matkami a dziećmi, głównie w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym, przekroczeniu granic podsystemu towarzyszą zachowania zabarwione erotycznie, np. ściskanie pośladków czy dotykanie genitaliów. W swoich badaniach Stroufe i współpracownicy (1985) stwierdzili obecność takich zachowań w odniesieniu do dzieci w wieku 2-4 lat, przy czym odpowiednią diadę tworzyli zwykle młoda matka i syn. Jeśli w rodzinie było dwoje lub więcej małych dzieci, partnerem tego rodzaju relacji było dla matki tylko jedno z nich.

Zwykle kobiety, które będąc dziećmi były wychowywane w sposób nadopiekuńczy, przenoszą tę postawę na własne dzieci. Na tej samej zasadzie odbywa się przekazywanie wielu innych form zaburzonych relacji i postaw, m.in. ograniczanie autonomii dziecka i nadmierna ingerencja w jego sprawy. Można zatem stwierdzić, że matki pochodzące z rodzin, w których występował określony model zaburzonych relacji rodzice-dziecko, wykazują skłonność do przenoszenia później tego modelu do własnych rodzin. Przekraczanie przez nie granic międzypokoleniowych z własnymi dziećmi ma na celu gratyfikację potrzeb emocjonalnych wadliwie ukształtowanych w rodzinach pochodzenia. W pewnych przypadkach występujący tu proces może doprowadzić do powstania takich form psychopatologii, jak np. związki kazirodcze. Podobny proces występuje w takich patologicznych systemach rodzinnych, jak rodziny stosujące przemoc wobec dzieci czy nadużywające alkoholu.

### **Rola rytuałów rodzinnych w procesie transmisji międzypokoleniowej**

W okresie ostatnich 20 lat przeprowadzono szereg badań, z których wynika, że rytuały rodzinne odgrywają istotną rolę w przekazywaniu pewnych wzorów zachowań oraz form psychopatologii z jednego pokolenia na następne. Wprawdzie występujące tu prawidłowości odnoszą się głównie do rodzin, w których tradycyjnie występuje zjawisko nadużywania alkoholu, jednak w wystarczającym stopniu wyjaśniają one podłoże transmisji innych zjawisk patologicznych. Szczegółowe poznanie mechanizmów zaangażowanych w tym procesie ułatwia też znalezienie odpowiedzi na pytanie: dlaczego w niektórych rodzinach alkoholycznych dzieci nie podlegają negatywnemu

wpływowi rodziców, podczas gdy w innych stają się alkoholikami jak oni? Szukając odpowiedzi na to pytanie Bennett i Wolin (1990) w świetle własnych badań doszli do wniosku, że jednym z czynników zapobiegających powtarzaniu się u dzieci negatywnych wzorów zachowania występujących u ich rodziców jest zerwanie więzi między nimi. Spostrzeżenie to potwierdza prawidłowość już dawno opisaną w podręcznikach psychologii rozwojowej, zgodnie z którą warunkiem rozwoju dojrzałej osobowości jest uzyskanie pewnej autonomii i niezależności dziecka od rodziców. Oczywiście istnieje pewna jakościowa różnica pomiędzy zerwaniem więzi rodzice-dziecko w rodzinach alkoholizujących a rozwojem indywidualnej autonomii dziecka w rodzinach normalnych. W rodzinie alkoholizującej warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka jest jego psychiczne „odgrodzenie się” od określonej patologii występującej w rodzinie oraz stworzenie sieci „zdrowych” relacji społecznych poza jej systemem. Osiągnięcie powodzenia w tym zakresie będzie zależało od przekonania jednostki, iż jej życie nie musi koniecznie być takie samo jak życie własnych rodziców.

W tzw. rodzinach normalnych przez *rytuały* należy rozumieć pewne symboliczne formy komunikowania się, które regularnie powtarzają się i posiadają określone znaczenie emocjonalne dla ich członków. Wypełnianie rytuałów sprzyja kształtowaniu się zbiorowego poczucia przynależności do rodziny. Ponadto pomagają one w określeniu zakresu ról pełnionych przez członków rodziny oraz granic między jej podsystemami. Wolin i Bennett (1984) wyróżnili 3 rodzaje rytuałów. Pierwszy z nich stanowią uroczystości rodzinne praktykowane przy okazjach występujących powszechnie w danym kręgu kulturowym, Uroczystości mogą mieć charakter religijny (np. kolacja wigilijna) lub świecki (np. wesela, pogrzeby). Ich mniej lub bardziej regularne powtarzanie się w cyklu rocznym wpływa na wzmocnienie poczucia tożsamości rodziny i jej stabilności. Służą one również wyrażaniu poczucia wzajemnego powiązania rodziny ze swym otoczeniem społecznym. Drugi rodzaj rytuałów ma swe źródło w tradycji rodzinnej. Mimo, iż mogą one być typowe dla danego kręgu społecznego, rytuały te zwykle posiadają również charakterystyczne cechy tylko dla danej rodziny, np. imieniny, urodziny, rocznice ślubu, okolicznościowe zjazdy rodzinne. Do trzeciej grupy rytuałów należą rutynowe czynności i zachowania powtarzające się w krótszych odstępach czasu, np. wspólne spożywanie posiłków, udawanie się na nocny spoczynek czy wyjazdy sobotnio-niedzielne. Zachowania tego rodzaju są wprawdzie jeszcze bardziej zróżnicowane niż uroczystości i tradycje rodzinne, jednak dobrze służą organizacji życia rodziny oraz określaniu zakresu ról pełnionych przez jej członków. Odnosząc to do rodzin alkoholizujących zauważa się, że systemy, w których istniejące rytuały są podporządkowane zaspokojeniu potrzeb pijących rodziców, w większym stopniu stają się podatne na transmisję alkoholizmu do następnych pokoleń niż systemy, w których to zjawisko nie występuje.

W badaniach poświęconych temu problemowi Bennett i współpracownicy (1987) usiłowali wyjaśnić motywy podejmowania przez dzieci alkoholików decyzji odnoszących się do wyboru partnera małżeńskiego oraz w jaki sposób decyzje te wpływały na proces transmisji alkoholizmu. Wyszli oni z założenia, że osoba posiadająca rodziców alkoholików ma do wyboru 4 możliwości: 1. podtrzymywanie rytuałów swojej rodziny, 2. odrzucenie ich i przyjęcie rytuałów rodzinnych współmałżonka, 3. przyjęcie rytuałów z obu rodzin pochodzenia, 4. stworzenie całkowicie nowego zestawu rytuałów. Adoptowanie rytuałów z alkoholycznej rodziny pochodzenia przez młodych małżonków stwarza sytuację największego zagrożenia, która prowadzi zwykle do transmisji alkoholizmu. I odwrotnie, przyjęcie rytuałów występujących w rodzinie niealkoholycznej zmniejsza ryzyko tego rodzaju transmisji. Wspomniani autorzy oparli się na wynikach wywiadów przeprowadzonych z 68 parami małżeńskimi, w których co najmniej jedna ze stron pochodziła z rodziny alkoholycznej. Okazało się, że na transmisję alkoholizmu w istotny sposób wpływa częstotliwość kontaktów z rodziną pochodzenia, w której alkoholizm występuje. Zerwanie lub ograniczenie tych kontaktów chroni rodzinę nuklearną przed alkoholizmem. Skuteczność takiej ochrony będzie zależała od podjęcia przez parę małżeńską przemyślanej decyzji dotyczącej własnych rytuałów. Wskazuje to na ważne znaczenie pierwszej fazy życia małżeńskiego dla późniejszego funkcjonowania rodziny.

Tworzenie nowych rytuałów nie tylko ochrania przed transmisją do rodziny nuklearnej, ale równocześnie stanowi barierę przed innymi formami zaburzeń zachowania. Oznacza to, że skuteczne odseparowanie się od szkodliwych tradycji w rodzinie jest w pełni możliwe. Z nowych badań (np. Fiese 1992) wynika także, iż rytuały rodzinne wywierają korzystny wpływ na rozwój indywidualnej tożsamości członków rodziny. Takie właściwości, jak częstotliwość, znaczenie i przydatność rytuałów, poprzez wzmacnianie poczucia zbiorowej tożsamości rodziny, stymulują również rozwój indywidualnej tożsamości u dzieci w wieku dorastania. Badania nad rolą rytuałów rodzinnych wskazują na ważne znaczenie tego czynnika w procesie rozwoju różnych form psychopatologii. Rytuały rodzinne są zjawiskiem występującym w różnych kulturach, co rozszerza możliwości badań nad ich wpływem na powstawanie różnych postaci zaburzeń zachowania, nie tylko alkoholizmu.

### **Psychopatologia na styku rodziny z innymi systemami**

Każda rodzina funkcjonuje w szerszym otoczeniu społecznym, którego elementy powinny być także brane pod uwagę przy rozpatrywaniu przyczyn różnych form psychopatologii. Chodzi tu zwłaszcza o grupy rówieśnicze, środowiska lokalne, zakład pracy oraz różnorodne instytucje społeczne.

Związki i oddziaływania zachodzące między rodziną a szerszymi strukturami społecznymi są dwustronne, chociaż wpływ tych struktur na rodzinę jest wyraźniej widoczny niż wpływ rodziny na nie. Przykładem takiego wpływu współcześnie występującego jest oddziaływanie nowoczesnych środków przekazu, zwłaszcza TV, na rozwój psychospołeczny dzieci oraz postawy i system wartości dorosłych członków rodziny. Także rodzina może wpływać na poszczególne instytucje gdyż jej członkowie uczestniczą w życiu tych instytucji, np. szkoły, parafii, grupy rówieśniczej. Co więcej, rodzina określa zwykle zakres, w jakim jej członkowie mogą wchodzić w relacje z tymi zewnętrznymi strukturami.

### *1. Rola granic systemu rodzinnego w regulacji stosunków z szerokim otoczeniem*

Granice systemu rodzinnego mogą także regulować zakres kontaktów poszczególnych członków i całej rodziny z jej otoczeniem społecznym. Niektóre rodziny są stosunkowo zamknięte i bronią się przed kontaktami z osobami z zewnątrz. Inne rodziny posiadają granice elastyczne, co pozwala różnym osobom (np. przyjaciołom) swobodnie wchodzić i wychodzić z systemu z dość regularną częstotliwością. Zdaniem niektórych autorów (np. Boss, Greenberg, Pearce-McCall 1990) poznanie granic rodziny niezbędne jest dla właściwego zrozumienia procesu przystosowania rodziny do zmian występujących w przebiegu jej cyklu rozwojowego. Jedną z nich jest odejście kogoś z członków wskutek śmierci, rozwodu czy innych przyczyn. Powoduje to sytuację niepewności co do pełnienia ról przez pozostałych członków rodziny, będącą dla nich silnym stresorem. W rezultacie hamuje to działania rodziny ukierunkowane na zreorganizowanie jej systemu w sposób, który skutecznie zrekompensowałby zaistniałą stratę oraz przywróciłby utraconą równowagę. Dwuznaczność w odniesieniu do granic występuje w sytuacjach, gdy rodzina odczuwa brak ważnych informacji dotyczących jej członka znajdującego się tymczasowo poza jej systemem (np. z powodu leczenia szpitalnego choroby zagrażającej życiu czy uznania za zaginionego w przebiegu katastrofy). Zmiany w obrębie granic systemu zachodzą we wszystkich rodzinach w związku z przechodzeniem w kolejne fazy rozwojowe, w trakcie których pojawiają się takie naturalne wydarzenia jak śmierć z powodu starości lub opuszczenie domu przez dorosłe dziecko wskutek wyjazdu na studia czy założenie własnej rodziny. W jednych rodzinach te normatywne wydarzenia wywołują poważny kryzys, podczas gdy w innych towarzyszy im niewielkie nasilenie stresu.

W celu określenia tempa adaptacji do zmian normatywnych Blackburn, Greenberg i Boss (1987) przeprowadzili badania nad kobietami, którym zmarli mężowie. Każda z wdów wypełniała odpowiedni kwestionariusz dwukrotnie, tj. po 6 i 12 miesiącach od śmierci męża. Pierwsze badanie wykazało, że tylko 25% kobiet odczuwało w wysokim stopniu psychologiczną obecność męża, zaś

u 75% – stopień ten był stosunkowo niski. Świadczy to o stosunkowo dużym zaawansowaniu procesu przystosowania do nowej sytuacji jaka powstała po stracie męża. W badaniu drugim, przeprowadzonym po upływie roku od śmierci, okazało się, że tylko 18% kobiet potwierdziło, iż w wysokim stopniu odczuwa psychologiczną obecność męża. Wynika z tego, że ogromna większość już po upływie 12 miesięcy pogodziła się z faktem znalezienia się męża poza granicami systemu rodzinnego.

## *2. Psychopatologia na styku rodziny i systemu opieki zdrowotnej*

Rodziny z osobą poważnie chorą, zwłaszcza gdy choroba ma charakter chroniczny, zmuszone są do kontaktowania się i współpracy z ośrodkami służby zdrowia, głównie szpitalami i przychodniami. W wielu przypadkach prowadzi to do zmiany dotychczasowego rytmu życia rodziny, np. w związku z zabiegami leczniczymi czy rehabilitacyjnymi zaleconymi pacjentowi. Pobytu pacjenta w szpitalu oraz odwiedziny personelu medycznego w jego domu powodują, że granice obu systemów są wielokrotnie przekraczane. Lekarze i inni specjaliści stają się dla rodziny źródłem informacji, porady i zaleceń odnoszących się do przebiegu choroby i prognozy z nią związanej. W tym trudnym dla rodziny okresie personel medyczny pełni bardzo ważną rolę, często decydującą o wprowadzeniu zasadniczych zmian w systemie.

Przykładem choroby wymagającej stałej współpracy między obu najważniejszymi systemami jest chroniczna niewydolność nerek. Jak wiadomo, standardową formą leczenia tej choroby jest dializa przeprowadzana w szpitalu. Powoduje to, że pacjent, a pośrednio także jego rodzina, zależą w tym czasie całkowicie od technologii medycznej. Lekceważenie procedury leczniczej zagrożałoby jego życiu. Zabiegi dializy powtarzane są regularnie i trwają po kilka godzin. Ponadto członkowie rodziny muszą stale pamiętać o przestrzeganiu zaleceń odnoszących się do diety i sposobu życia pacjenta.

Reiss i współpracownicy (1986) przeprowadzili badania, których celem było określenie skuteczności sposobów radzenia sobie przez rodziny pacjentów z chroniczną niewydolnością nerek. Wyszli oni z założenia, iż korzystna adaptacja rodziny do sytuacji ostrego i przewlekłego stresu, w jakim się znalazła, będzie zależało od następujących czynników: 1. poziomu współpracy w rozwiązywaniu podstawowych zadań, 2. sytuacji ekonomicznej rodziny i poziomu wykształcenia jej członków, 3. liczby członków rodziny rozszerzonej chętnych do udzielenia pomocy. Wyniki badań nie potwierdziły tych oczekiwań. Okazało się, że silniejszym predyktorem przystosowania rodziny oraz – jednocześnie – przeżycia pacjenta był stopień jego podporządkowania się zaleceniom lekarskim. Autorzy badań tłumaczą ten, na pozór niezrozumiały, fakt odmienną rolą jaką pełnią 3 wymienione czynniki w zależności od tego, czy choroba pacjenta ma charakter ostry czy przewlekły. Bardziej przydatne

okazują się one w sytuacjach wywołanych przez choroby o ostrym przebiegu. Nadmierne zaangażowanie się w chorobę o przewlekłym przebiegu doprowadziłoby do wzmocnienia intensywności stresu w rodzinie oraz wyczerpania psychicznego jej członków.

### *3. Psychopatologia na styku systemu rodzinnego i grupy rówieśniczej*

Wpływ procesów zachodzących wewnątrz rodziny na rozwój kontaktów dziecka z grupą rówieśniczą od kilku lat jest przedmiotem intensywnych badań. Ogólnie rzecz biorąc, z badań tych wynika, że jakość sprawowanej opieki wychowawczej oraz kontaktów między rodzicami a dziećmi wywiera istotny wpływ na poziom funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej. Wpływ ten uwidacznia się już w wieku poniemowlęcym. Np. stwierdzono wyraźną korelację pomiędzy postawami rodzicielskimi a poziomem agresji występującym w zachowaniach dzieci 2-letnich. Dzieci, których matki stosowały korzystne formy opieki wychowawczej, wykazywały niższy poziom agresji w relacjach z rówieśnikami. Tendencja ta utrzymywała się później w wieku przedszkolnym (Zahn-Wachslar et al. 1992).

Najmocniej omawiany rodzaj wpływu przejawia się w przypadku dzieci będących ofiarami przemocy fizycznej ze strony własnych rodziców. Wiele danych przemawia za tym, że dzieci ofiary przemocy rodzicielskiej posiadają zwykle niezadowolające kontakty z rówieśnikami. Zwykle są one spostrzegane przez swych kolegów jako osoby bardziej agresywne i destruktywne w porównaniu z innymi, a także posiadające słabsze cechy przywódcze. Ich wychowawcy i nauczyciele potwierdzają wzmogoną skłonność tych dzieci do konfliktów, a także słabe nasilenie postaw prospołecznych (Cicchetti et al. 1992).

Relacje pojawiające się na styku systemu rodzinnego i grup rówieśniczych mogą w pewnych warunkach stać się przyczyną kształtowania się cech antyspołecznych. Początek tego procesu wiąże się zwykle z nieprawidłowymi praktykami wychowawczymi rodziców, których wynikiem są trudności w nauce i pojedyncze zachowania antyspołeczne u dziecka. Takie dziecko jest zwykle odrzucane przez grupę rówieśniczą, w której dotychczas funkcjonowało, np. klasę szkolną. W rezultacie tego szuka ono kontaktów z grupami niedostosowanymi społecznie rówieśników, w których spodziewa się uzyskać akceptację i uznanie. W dalszej konsekwencji prowadzi to do utrwalenia się zachowań antyspołecznych. Związek pomiędzy zachowaniem antyspołecznym u dzieci a postawami wychowawczymi rodziców został potwierdzony wynikami wielu badań (por. Dishion 1990). Okazuje się, że poziom umiejętności wychowawczych rodziców pozytywnie koreluje z poziomem osiągnięć szkolnych ich dzieci oraz negatywnie z ich zachowaniem antyspołecznym. Z kolei wysokie wyniki w nauce i niskie natężenie zachowań antyspołecznych wyraźnie korelowały z wysoką akceptacją ze strony rówieśników. Interpretując uzys-



kany materiał badawczy można stwierdzić, że rodzaj metod wychowawczych stosowanych przez rodziców rzutuje na kształtowanie się odpowiednio prospołecznych lub antyspołecznych postaw i zachowań u dzieci. Od tych zachowań zależy później stopień akceptacji ich przez grupy rówieśnicze. W przypadku dzieci z tendencjami antyspołecznymi, które dodatkowo prezentują niski poziom osiągnięć szkolnych, spotykamy się z odrzuceniem przez grupy „normalnych” rówieśników. Stwarza to warunki do poszukiwania akceptacji ze strony grupy wykolejonych rówieśników oraz czynnego udziału w jej działalności.

## Uwagi końcowe i postulaty do dalszych badań

1. Badania nad zjawiskami psychopatologicznymi występującymi w życiu rodziny pomagają lepiej rozumieć normalne procesy zachodzące w systemie rodzinnym. Podstawy systemowej koncepcji rodziny zostały w dużej mierze oparte na obserwacjach zjawisk występujących w rodzinach osób chorych psychicznie, m.in. schizofreników. Pojęcia i koncepcje opracowane na tej podstawie znajdują szerokie zastosowanie w odniesieniu do rodzin funkcjonujących normalnie. W rezultacie specjaliści zajmujący się rodziną coraz częściej wykorzystują je w swojej działalności diagnostycznej i terapeutycznej. Wiedza o funkcjonowaniu rodziny jako całości ułatwia oczywiście także zrozumienie zachowania indywidualnego jej członka. Jednak szczególnie przydatna jest ona przy rozpatrywaniu etiologii zaburzeń zachowania, gdyż takie czynniki, jak więź małżeńska, relacje między rodzeństwem czy zaburzenia zachowania u rodziców, wywierają duży wpływ na występowanie określonych objawów psychopatologii u indywidualnych członków rodziny.

2. Badania prowadzone w poprzednich latach koncentrowały się głównie na relacjach występujących w rodzinie między diadami, rzadziej triadami. Bardzo rzadko obejmowały rodziny jako całość czyli system. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy są trudności z analizą ilościową danych odnoszących się do interakcji zachodzących w triadach i większych grupach. Dla wielu badaczy obecnie istniejące metody analizy okazują się zbyt złożone i trudne do zastosowania oraz interpretacji. Z tych względów wymagają one pewnych zabiegów adaptacyjnych, które ułatwiłyby ich zastosowanie w praktyce badawczej.

3. Ważną przeszkodą utrudniającą porozumiewanie się różnych specjalistów zajmujących się rodziną jest opieranie się na odmiennych klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Np. stosowana w USA klasyfikacja DSM-IV bierze pod uwagę symptomy zaburzeń występujących u jednostek, podczas gdy systemowa koncepcja rodziny koncentruje się na zaburzeniach obecnych w relacjach między poszczególnymi osobami czy podsystemami. Wynika z tego potrzeba dostosowania obu klasyfikacji tak, aby zaburzenia występujące

w różnych wymiarach systemu rodzinnego odpowiadały odpowiednio kategoriom wyodrębnionym w funkcjonujących klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Standardowy system klasyfikacji zaburzeń występujących w systemie rodzinnym ułatwiłby znalezienie wspólnego języka teoretykom i praktykom zajmującym się problematyką rodzinną, m.in. w odniesieniu do diagnozy zaburzeń oraz oceny postępów terapii. W literaturze można już spotkać pierwsze propozycje rozwiązań idących w tym kierunku. Np. Anders (1989) zaproponował opracowanie klasyfikacji obejmującej różne formy patologii występującej w relacjach międzyludzkich. W takiej klasyfikacji najbardziej ostre postacie dysfunkcji byłyby określane jako zaburzenia relacji. Termin ten zarezerwowany byłby dla tych wzorów interakcji, które charakteryzuje np. chaotyczność lub nadmierna sztywność. Dalszy rozwój systemu klasyfikującego relacje zachodzące w rodzinie jest nieodzowny zarówno z punktu widzenia teorii jak i praktyki rodzinnej, gdyż od jego wprowadzenia w życie zależy postęp w zakresie diagnozy, terapii i rozumienia rodzin przeżywających przejściowe czy chroniczne problemy w swoim funkcjonowaniu.

#### BIBLIOGRAFIA

- Anders T.F. (1989). Clinical syndromes, relationship disturbances, and their assessment. W: A.J. Sameroff, R.N. Emde (red.), *Relationship disturbances in early childhood*. New York, Basic Books, ss. 125 - 144.
- Bakeman R., Gottman J.M. (1986). *Observing behavior sequences*. New York, Cambridge University Press.
- Barkley R.A. (1989). Hyperactive girls and boys: Stimulant drug effects on mother-child interactions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 379 - 390.
- Barkley R.A. et al. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 705 - 715.
- Bateson G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York, Ballantine Books.
- Bennett L.A., Wolin S.J. (1990). Family culture and alcoholism transmission. W: R.L. Collins, K.E. Leonard (red.), *Alcohol and the family*. New York, Guilford, ss. 194 - 219.
- Bennett L.A. et al. (1987). Couples at risk for transmission of alcoholism: Protective influences. *Family Process*, 26, 111 - 129.
- Blackburn J., Greenberg J., Boss P. (1987). Coping with normative stress from loss and change: A longitudinal study of ranch and non-ranch widows. *Journal of Gerontological Social Work*, 11, 59 - 70.
- Boss P., Greenberg J.R., Pearce-McCall D. (1990). Measurement of boundary ambiguity in families. *Station Bulletin*, 593, 1990, Minn. Agric. Exp. Stat., University of Minnesota.
- Boszormenyi-Nagy L., Spark G.M. (1973). *Invisible loyalties*. New York, Harper and Row.
- Bowen M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York, Jason Aronson.
- Catton W.R. (1988). Family divorce heritage and its intergenerational transmission: Toward a system-level perspective. *Sociological Perspectives*, 31, 398 - 419.
- Cicchetti D. et al. (1992). An organizational perspective on peer relations in maltreated children. W: R.D. Parke, G.W. Ladd (red.), *Family-peer relationships: Modes of linkage*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, ss. 345 - 383.

- Coyne J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne J.C. et al. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.
- Daniels D. (1986). Differential experiences of siblings in the same family as predictors of adolescent sibling personality differences. *Jour. of Personality and Soc. Psychol.*, 51, 239-346.
- Dishion T.J. (1990). The family ecology of boys peer relations in middle childhood. *Child Development*, 61, 874-892.
- DSM-IV (1994). Diagnostic Criteria from DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Dunn J., Munn P. (1985). Becoming a family member: Family conflict and the development of social understanding in the second year. *Child Development*, 56, 480-492.
- Engfer A. (1988). The interrelatedness of marriage and the mother-child relationship. W: R.A. Hinde, J. Stevenson-Hinde (red.), *Relationships within families: Mutual influences*. New York, Oxford University Press, ss. 104-118.
- Falk R.F., Miller R.B. (1991). A soft models approach to family transitions. W: P.A. Cowen, E.M. Hetherington (red.), *Family transitions*. Hillsdale NJ, Erlbaum, ss. 273-301.
- Fiese B.H. (1992). Dimensions of family rituals across two generations: Relation to adolescent identity. *Family Process*, 31, 151-162.
- Gottesman I.I., Shields J. (1982). *Schizophrenia: The epigenetic puzzle*. Cambridge, England, Cambridge University Press.
- Humphries T., Kinsbourne M., Swanson J. (1978). Stimulant effects on cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 13-22.
- ICD-10 (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków-Warszawa.
- Jackson D.D. (1965). The study of the family. *Family Process*, 4, 1-20.
- Meyer H.J. (1988). Marital and mother-child relationships: Developmental history, parent personality and child difficulty. W: R.A. Hinde, J. Stevenson-Hinde (red.), *Relationships within families: Mutual influences*. New York, Oxford University Press, ss. 119-139.
- Minuchin S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Patterson G.R., Reid J.B. (1984). Social interactional processes within the family: The study of the moment-by-moment family transactions in which human social development is imbedded. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 237-262.
- Popielarska A. (red.) (1981). *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa, PZWL.
- Radochoński M. (1982). Teoria systemów rodzinnych Murraya Bowena. *Problemy Rodziny*, 1982, 5/6, 52-61.
- Reiss D. et al. (1991). Family process, chronic illness and death. *Archives of General Psychiatry*, 43, 795-804.
- Simons R.L. et al. (1991). Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology*, 27, 159-171.
- Sorenson S.B., Rutter C.M. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 861-866.
- Stroufe L.A. et al. (1985). Generational boundary dissolution between mothers and their preschool children: A relationship systems approach. *Child Development*, 56, 317-332.