

Karolina MAŁEK*

UTRZYMYWANIE ABSTYNENCJI PRZEZ OSOBY UZALEŻNIONE OD ALKOHOLU A FUNKCJONOWANIE ICH SYSTEMU RODZINNEGO. PERSPEKTYWA KLINICZNA

Streszczenie

Uzależnienie od alkoholu jest poważnym problemem społecznym w Polsce. Dotyczy około 10% społeczeństwa (bezpośrednio i pośrednio). Rozbudowany system leczenia ukierunkowany jest przede wszystkim na osiągnięcie i utrzymywanie abstynencji przez osoby uzależnione a także na indywidualną pomoc członkom rodziny osoby pijącej (głównie dotyczy to terapii współuzależnionego małżonka/partnera). Proponowane interwencje mają w przeważającej większości charakter indywidualny.

Niniejszy artykuł przedstawia inną perspektywę. Choroba alkoholowa bardzo wyraźnie wpływa na rzeczywistość rodzinną, determinując kształt i reguły relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny. Zgodnie z założeniami teorii systemowych zarówno proces wpadania w uzależnienie, jak i proces zdrowienia wpływać będzie na otoczenie osoby uzależnionej, stawiając przed wszystkimi wyzwania związane z adaptacją do zachodzących zmian. Wydaje się, że terapeutyczne wsparcie rodzin mierzących się z problemem alkoholizmu może być czynnikiem silnie facylitującym proces zdrowienia, utrzymywania abstynencji a także wspomagać tworzenie nowych sposobów funkcjonowania rodziny. W artykule przedstawiono wyniki badań empirycznych potwierdzających te założenia, jak również hipotetyczny przypadek kliniczny.

* **Dr Karolina Małek** – psycholog, Specjalistyczna Poradnia Rodzinna dzielnicy Wawer Miasta Stołecznego Warszawy.

Choroba alkoholowa i jej leczenie

Z tezą, że choroba alkoholowa jest poważnym problemem społecznym w Polsce nie można się spierać. Według danych, opublikowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), około 2% populacji zмага się z uzależnieniem od alkoholu (około 800 tys. osób, PARPA 2017)¹. Choroba alkoholowa nie dotyczy jednak jedynie samego uzależnionego. Wpływa ona znacząco na funkcjonowanie, zdrowie i dobrostan osób w bezpośrednim otoczeniu. W takiej perspektywie odsetek osób, borykających się z problemem uzależnienia od alkoholu znacząco wzrasta. Dotyka bowiem także współmałżonków i rodziców osoby uzależnionej – około 4 % populacji (ok. 1,5 mln osób) oraz dzieci, wychowywanych w rodzinach, w których alkohol stanowi poważny problem (ok. 4% populacji, 1,5 mln osób). Można zatem stwierdzić, że aż 10% populacji Polski, na co dzień zмага się z trudną rzeczywistością uzależnienia od alkoholu. Często, osoby te mierzą się również z doświadczeniami o charakterze przemocowym (60% rodziców i współmałżonków oraz około 60% dzieci – w sumie około 2 mln osób).

Warto przy tym wspomnieć, że podane powyżej dane dotyczą wyłącznie osób z pełną diagnozą uzależnienia. Poza tą grupą pozostaje jeszcze wciąż wysoki odsetek osób pijących szkodliwie i nadmiernie (około 3 mln, co stanowi około 8% społeczeństwa).

W celu uzyskania pomocy osoby uzależnione od alkoholu i członkowie ich rodzin korzystać mogą z profilowanej pomocy publicznej (Gminne Punkty Informacyjno – Konsultacyjne), grup samopomocowych, dofinansowywanych przez Państwo lub Samorządy, bądź bogatej oferty prywatnej. Działalność instytucji w głównej mierze skupia się na diagnozie uzależnienia oraz na realizacji nadrzędnego celu, którym będzie zaprzestanie picia lub znacząca redukcja ilości spożywanego alkoholu przez zgłaszającego się pacjenta.

W 2017 roku na terenie 1825 gmin w Polsce działało 2206 punktów konsultacyjno – informacyjnych². Z ich oferty na terenie całego kraju skorzystały 236 049 osoby. W ofercie tego rodzaju placówki znajdują się działania skierowane na: rozpoznanie problemu zgłaszanego przez klienta, motywowanie osób uzależnionych i członków ich rodzin do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, kierowanie do specjalistycznego leczenia,

¹ PARPA, *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2017 roku. Zestawienie Statystyczne. Sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2017*, http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_new_2017.pdf, [dostęp: 10.10.2018.]

² Tamże.

motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych do zmiany szkodliwego wzoru picia, udzielanie osobom uzależnionym wsparcia po zakończonym leczeniu odwykowym, udzielanie pomocy młodzieży upijającej się oraz ich rodzicom, proponowanie konsultacji w zakresie wsparcia i pomocy dzieciom z rodzin z problemami alkoholowymi, udzielanie konsultacji osobom doznającym przemocy w rodzinie, udzielanie pomocy prawnej, gromadzenie i przekazywanie informacji na temat dostępnych miejsc specjalistycznej pomocy. Proces leczenia wspomagany jest również często przez uczestnictwo osoby uzależnionej w różnego rodzaju grupach pomocowych i samopomocowych, takich jak: stowarzyszenia abstynenckie (ok. 526 na terenie kraju), kluby abstynenckie (417), Grupy AA (1401), Grupy Al – Anon (497), Grupy Al – Teen (125), Grupy DDA (174). Z osobami uzależnionymi pracują najczęściej psychologowie – bez i/z uprawnieniami specjalisty terapii uzależnień, pracownicy socjalni, pedagodzy, nauczyciele a także policjanci.

Samo podjęcie decyzji o leczeniu i związane z tym uznanie zmaganie się z uzależnieniem stanowi pierwszy i najważniejszy krok na trudnej, niejednokrotnie długiej i wyboistej drodze do zdrowia i trzeźwości. Większość instytucji i oddziaływań kierowanych do osób uzależnionych i ich rodzin, skupia się przede wszystkim na doprowadzeniu osoby pijącej do trzeźwości i jej utrzymywaniu. Wyzwania związane z zaprzestaniem picia stają jednak nie tylko przed osobą uzależnioną, ale także i jej najbliższymi. Nie będą one obecne jedynie podczas okresu aktywnego wychodzenia z uzależnienia, ale także, często nawet gwałtowniej – już po osiągnięciu przez osobę uzależnioną abstynencji. Wynika to z konieczności adaptacji rodziny do zmiany, jaką jest zaprzestanie picia przez osobę uzależnioną. Zmiana ta – choć często upragniona i wyczekana przez wszystkich członków rodziny, staje się często na tyle trudna, że rodzina z niepijącym już alkoholikiem, wymaga wsparcia terapeutycznego. Rodzinne lub małżeńskie interwencje psychoterapeutyczne mogą być również pomocne w zapobieganiu nawrotom choroby.

System Rodzinny

Nadmierne spożywanie alkoholu przez jedną osobę w rodzinie bardzo szybko zaczyna przynosić konsekwencje wszystkim jej członkom. Życie rodzinne zaczyna zmieniać się w określony, szczególnie dla każdej rodziny sposób. Pomocne w zrozumieniu tego zjawiska, jak i również trudności związanych z zaprzestaniem picia dobrze wyjaśniają teorie systemowe.

System, według twórcy Ogólnej Teorii Systemów, L.v Bertalanffiego, to struktura składająca się z elementów będących ze sobą w interakcji. Nie jest on więc prostą sumą wszystkich elementów. Dzięki sieci wzajemnych między nimi powiązań,

system jest zupełnie inną, nową jakością³. Istnieje on przy tym w otoczeniu innych systemów, których może być częścią (tak jak np. rodzina jest częścią społeczności lokalnej) lub może wchodzić z nimi w interakcje (np. z systemem szkolnym). W obrębie systemu (również rodzinnego) funkcjonują też mniejsze sub – systemy (np. subsystem rodzicielski i subsystem dzieci). Aby móc odróżnić system od otoczenia (lub sub – system z szerszego systemu), musi on mieć swoje granice, wyznaczone przez reguły codziennych interakcji i wymiany informacji. Zatem to, jak będzie wyglądał proces wymiany informacji między rodziną a otoczeniem zależy od rodzinnych granic, rozumianych jako „bariera zbudowana z norm, wartości, przekonań danej rodziny, decydujących o jej poczuciu odrębności i tożsamości”⁴. Systemy rodzinne różnią się więc między sobą stopniem otwartości – od takich, w których właściwie brak jest granic, a co za tym idzie trudno jest wyodrębnić rodzinę od otoczenia (np. nie do końca wiadomo, kto należy do rodziny, a kto nie) do takich, w których są one bardzo sztywne i wymiana informacji z otoczeniem jest minimalna, zaś rodzina jest wyizolowana. System rodzinny funkcjonuje najlepiej wtedy, gdy oddzielająca go od otoczenia granica jest półprzepuszczalna – umożliwia swobodną wymianę informacji z otoczeniem (jest wystarczająco otwarta) a jednocześnie wymiana ta nie prowadzi do utraty spójności systemu (jest wystarczająco szczelna)⁵. Również wewnątrzrodzinne procesy wymiany informacji uzależnione są od charakteru granic między subsystemami⁶. Granice pomiędzy podsystemami określają, kto do nich przynależy, jakie są prawa i obowiązki ich członków. Dla prawidłowego funkcjonowania systemu ważne jest, aby granice te były jasne, o odpowiednim stopniu przepuszczalności. Zapewnią wtedy jasną strukturę systemu rodzinnego.

Przyjmując założenie, że wszystkie elementy systemu (więc i rodziny) są ze sobą powiązane na wiele różnych sposobów, można łatwo zrozumieć dlaczego zmiana w którymkolwiek z nich wpływa na funkcjonowanie całego systemu. Powoduje to, że w rozpatrywaniu funkcjonowania systemów myślenie przyczynowo – skutkowe

³ L.v Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.

⁴ A. Cierpka, *Metody analizy narracji w badaniach psychologicznych*, w: *Metody jakościowe w psychologii współczesnej*, red. M. Straś – Romanowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000, s. 49.

⁵ D. Mostwin, *Ekologiczny model terapii rodzin w stanie kryzysu*. Warszawa 1992; R. Praszkiel, *Zmieniać nie zmieniając*. Wydawnictwa Szkolne i Akademickie, Warszawa 1992.

⁶ B. de Barbaro, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.

nie znajduje zastosowania. Nie będzie można bowiem jasno przewidzieć, jakie konsekwencje dla danego systemu będzie miało określone wydarzenie. Zamiast myślenia linearnego typu działanie – skutek, proponowane jest myślenie w kategoriach tzw. przyczynowości kolistej. Cyrkularność ta polega na interpretowaniu procesów zachodzących w systemie za pomocą pętli sprzężeń zwrotnych. Wyróżniono dwa typy sprzężeń zwrotnych⁷. Sprzężenie zwrotne ujemne, jest sposobem, dzięki któremu system nie dopuszcza do zmiany i zachowuje status quo w swoim funkcjonowaniu. Sprzężenie zwrotne dodatnie działa zaś odwrotnie – prowokuje zmianę, poprzez mechanizmy eskalacji podejmowanych zachowań i procesów emocjonalnych. Oba te mechanizmy służą samoregulacji systemu, rozumianej jako utrzymywanie stanu dynamicznej równowagi (homeostazy). Ciągły napór nowych informacji z otoczenia oraz wzajemne oddziaływania jego elementów sprawiają, że wykorzystanie mechanizmów samoregulacyjnych staje się kluczowe. Dzięki nim prawidłowo funkcjonujący system rodzinny jest w stanie z jednej strony, mimo zmieniających się wciąż warunków, zachować swoją strukturę i bronić się przed rozpadem, zaś z drugiej – jest w stanie wprowadzać nowe informacje, w taki sposób, który umożliwia mu zaadaptowanie się do zmian rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej. Możliwy jest zatem rozwój, przy jednoczesnym zachowaniu spójności i tożsamości rodziny.

Funkcjonowanie rodzin dotkniętych problemem alkoholowym

Rozwój uzależnienia jednego z członków rodziny, w myśl teorii systemowych, będzie procesem uwikłanym w sieć rodzinnych interakcji. Postępująca choroba będzie miała wpływ na funkcjonowanie nadmiernie pijącej osoby – np. coraz częstsze wycofywanie się z rodzinnych aktywności, bądź nieadekwatne wypełnianie swoich rodzicielskich obowiązków i niepełne podejmowanie przypisanych ról w rodzinie. Z drugiej zaś strony rzeczywistość ta stawiać będzie przed innymi członkami rodziny kolejne wyzwania związane z reakcją na zachodzące zmiany. Im bardziej członkowie rodziny będą unikać konfrontacji z narastającym problemem i podejmować takie strategie radzenia sobie, których celem będzie samodzielne kompensowanie braków osoby pijącej, tym bardziej możliwe będzie jego dalsze picie. Przykładem tego rodzaju nieadaptacyjnych strategii jest przejmowanie przez współmałżonka obowiązków uzależnionego partnera, w taki sposób, aby nikt z członków rodziny – w tym sam pijący – nie poczuł konsekwencji związanych z nadmiernym piciem. Wraz z podejmowaniem specyficznych zachowań „chroniących“ uzależnionego członka rodziny, przejmowanych przez partnera/

⁷ N. Wiener, *Cybernetka a społeczeństwo*. Książka i Wiedza, Warszawa 1961.

współmałżonka, również dzieci funkcjonujące w rodzinie z problemem alkoholowym zaczynają funkcjonować w komplementarny sposób, dostosowując się do zaistniałej sytuacji. W ten sposób rozpoczyna się „rodzinny taniec“ wokół alkoholika i alkoholu, który staje się centralną sprawą rodziny, determinującą zasady i reguły jej funkcjonowania. Im bardziej utrwalone stają się scenariusze rodzinnych interakcji, tym bardziej każdy z członków rodziny zaczyna funkcjonować w obrębie specyficznej roli, która z czasem utrwała się, wyznaczając jedynie możliwe sposoby zachowań kolejnych członków rodziny.

W funkcjonowaniu rodzin mierzących się z problemem alkoholowym wyodrębnia się specyficzne etapy⁸. Początkowo najczęściej zarówno osoba pijąca, jak i jej bliscy zaprzeczają istnieniu problemu, podejmując kolejne kroki mające na celu kompensowanie spustoszenia, które niesie uzależnienie. Można to rozumieć, jako sposób obrony przed rozpoznaniem niebezpiecznej sytuacji i konfrontacją z trudną rzeczywistością. W kolejnym etapie rodzina wdraża coraz bardziej skomplikowane strategie służące podtrzymaniu zaprzeczenia, często związane z narastającą izolacją od otoczenia, jako potencjalnie zagrażającego. Na kolejnym etapie, gdy z jakiejś przyczyny (zewnętrznej interwencji bądź braku zasobów do wytrzymywania wewnętrznych napięć, pojawiających się objawów u innych członków rodziny, często dzieci) dochodzi do załamania dotychczasowych wzorców zaprzeczania i kontroli, rodzina doświadczać zaczyna chaosu, poczucia bezradności wobec zaistniałej sytuacji. Często na tym etapie rodziny szukają pomocy. Nierzadko zdarza się jednak, że to nie alkohol widziany jest jako pierwszoplanowy problem, a właśnie emocjonalne kłopoty dziecka, jego trudne zachowania lub też narastające konflikty w parze.

W obszarze pomocy terapeutycznej osobom uzależnionym i ich rodzinom funkcjonuje określona terminologia, mająca oddawać tą sztywną, dysfunkcyjną rzeczywistość. I tak charakterystyczny sposób funkcjonowania partnera/ współmałżonka osoby uzależnionej został nazwany współuzależnieniem. Termin ten początkowo używany był do określania klinicznie obserwowanych, specyficznych, emocjonalnych i behawioralnych wzorców reagowania partnera osoby uzależnionej na jego picie, które umożliwiało, a tym samym podtrzymywało problem. W chwili obecnej współuzależnienie bywa używane do określania całej gamy zjawisk, a wśród badaczy nie ma zgody, co do tego jak je rozumieć – a w związku z tym w jaki sposób można je zoperacjonalizować. Przykładowo Spann i Fischer⁹ definiują współuzależnienie jako pewien szczególnie sposób wchodzenia w relację,

⁸ L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010.

⁹ L. Spann, J. Fisher, *Identyfying co – dependency*, „The Counsellor” 1990, s. 8–27.

charakteryzujący się silnymi przekonaniem o braku własnej skuteczności oraz jednoczesnej omnipotencji innych a także brakiem otwartego wyrażania emocji. Autorzy zwracają uwagę na podejmowanie wysiłku przez współuzależnione osoby, związanego z zaangażowaniem w silnie stresujące zachowania opiekuńcze w stosunku do alkoholika, które jednak widziane są jako obdarzone głębszym sensem, a które charakteryzuje duży poziom sztywności, zaprzeczenia a także możliwość utrzymywania pozorów kontrolowania relacji. Jednocześnie koncepcja współuzależnienia bywa żywo krytykowana, jako sprzyjająca obwinianiu członków rodziny (w tym wypadku partnerów) za rozwój uzależnienia¹⁰. Wskazuje się również na niebezpieczeństwo związane z nadawaniem patologizującej etykiety tym zachowaniom, które niekoniecznie wynikają z obecności problemu uzależnienia w rodzinie (przykładowo zachowania opiekuńcze). W wyniku „wciągnięcia“ ich w diagnozę uzależnienia, zaczynają nabierać pejoratywnego znaczenia, zwrótnie obniżając nastrój i samoocenę pacjentów¹¹.

Nie ma również wśród badaczy zgody co do tego, na ile współuzależnienie związane jest z aktualną relacją z osobą chorą alkoholowo, a na ile ma swoje korzenie we wcześniejszych relacjach np. w rodzinie pochodzenia. W pierwszym przypadku współuzależnienie widziane będzie jako „zespół skutków psychologicznych wynikających z życia w jednej rodzinie z alkoholem, powstałych w bezpośrednim związku z jego uzależnieniem”¹². W drugim zaś wskazywane są połączenia pomiędzy aktualnym współuzależnieniem a charakterystykami funkcjonowania rodziny pochodzenia osoby. Okazuje się jednak, że najbardziej oczekiwane związki między współuzależnieniem a wychowywaniem się w rodzinie alkoholowej, często nie uzyskują empirycznego potwierdzenia. Wskazuje się tymczasem na ogólne charakterystyki systemu rodzinnego takie jak brak jasnej struktury rodziny (niejasność granic i ról), brak rodzinnego wsparcia i możliwości otwartego przeżywania emocji, jako sprzyjające rozwojowi współuzależnienia w późniejszych relacjach¹³.

¹⁰ D. Webster, *Women and depression (alias codependency)*, „Family and community health” 1990 nr 13, s. 58 – 66; J. Haaken, *A critical analysis of the codependence construct*, „Psychiatry” 1990, nr 53, s. 396 – 406.

¹¹ R.J. Rotunda, K. Doman, *Partner Enabling of substance use disorders: critical review and future Directions*, „American Journal of Family Therapy” 2001, nr 29, s. 257–270.

¹² M. Hędzerek, M. Wnuk, J.T. Marcinkowski, *Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*, „Problemy higieny i epidemiologii” 2009, nr 90/3, s. 319–315.

¹³ J. Cullen, A. Carr, *Codependency: an empirical study from a systemic perspective*, „Contemporary Family Therapy” 1999, nr 21, s. 505-526.

Brak zgody wśród badaczy, co do natury szeroko stosowanego klinicznie konstruktu współzależnienia, skutkuje faktem nieuwzględniania go w funkcjonujących klasyfikacjach zaburzeń (ICD – 10, DSM – V). Stawia to również pytanie, na ile tego typu diagnoza kliniczna nie zamyka możliwości rozumienia złożoności procesów w rodzinie alkoholowej i ich wzajemnych powiązań.

Drugim obszarem pracy klinicznej są interwencje kierowane do dzieci wychowujących się w rodzinach dotkniętych problemem uzależnienia od alkoholu. Zauważa się ich szczególne, sztywne sposoby funkcjonowania, jako wynik adaptacji do patologicznej sytuacji. Przyjmuje się również, że wzorce te utrzymują się również w życiu dorosłym, składając się na syndrom DDA (Dorośle Dziecko Alkoholika). Wyniki badań wskazują, że dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych podlegają intensywnym procesom parentyfikacji¹⁴. Podejmują one często zadania i role, które przeznaczone powinny być dla osób starszych, biorąc odpowiedzialność za procesy zachodzące w rodzinie i wypełniając nie swoje obowiązki. Niniejsza „walka o przetrwanie” sprawia, że w późniejszych latach czują, że „nie miały dzieciństwa”¹⁵. Parentyfikacja polegać może zarówno na odwróceniu ról pomiędzy dorosłym a dzieckiem z zakresie konkretnych zachowań (np. opieka nad rodzeństwem, zapewnianie posiłków), jak i dotyczyć obszaru emocjonalnego, gdy dziecko staje się powiernikiem rodzica, ma zadanie go wspierać i dbać o jego potrzeby emocjonalne kosztem swoich własnych. Zadania te są nieadekwatne dla możliwości rozwojowych dziecka a konieczność ich podejmowania, ze względu na zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny alkoholowej, rozumieć można jako formę ukrytego nadużycia¹⁶.

Innym sposobem opisywania funkcjonowania dzieci w rodzinach alkoholowych jest rozpatrywanie konkretnych, powtarzających się wzorców zachowań, którym zostały przypisane konkretne etykiety. Według modelu Wegscheider – Cruse¹⁷ zachowania członków rodziny pijącego pacjenta można pogrupować w następujące wiązki – role: Pełnomocnik (*Enabler*), Bohater (*Hero*), Zagubione dziecko

¹⁴ A. Pasternak, K. Schier, *The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2012, nr 1, s. 51–57.

¹⁵ A. Widera-Wysoczańska, *Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika*, w: *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, red. P. Żak, Wydawnictwo Charaktery, Kielce 2003, s. 115–132.

¹⁶ K. Schier, *Gdy dziecko staje się rodzicem – odwrócona troska*, w: *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, red. B. Tryjarska, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 63–81.

¹⁷ S. Wegscheider-Cruse, *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000.

(*Lost child*), Kozioł Ofiarny (*Scapegoat*) i Maskotka (*Mascot*). Przeprowadzone niedawno badania wskazują jednak, że nie wszystkie wymienione powyżej role charakterystyczne są jedynie dla rodzin borykających się z alkoholizmem¹⁸. Okazuje się bowiem, że role Maskotka i Zagubione dziecko podejmowane są również w rodzinach bez problemu uzależnienia (jak wskazują wyniki z grupy kobiet). Specyficzna dla rodzin alkoholowych zdaje się być rola Kozła ofiarnego, niezależnie od płci osób badanych, jak i w mniej jasnym stopniu rola rodzinnego Bohatera.

Wielu badaczy podejmuje próby empirycznej weryfikacji klinicznych obserwacji dotyczących funkcjonowania rodzin dotkniętych problemem uzależnienia od alkoholu. Wskazuje się na podejmowanie określonych strategii adaptacyjnych, które wkrótce funkcjonować zaczynają w kategoriach roli, determinując zachowanie poszczególnych członków rodziny. Przyjmując systemową perspektywę, warto spojrzeć na korzyści i niedostatki praktykowanych interwencji klinicznych.

Leczenie uzależnienia od alkoholu. Kto jest pacjentem?

W wielu krajach, w tym, w Polsce leczenie uzależnienia od alkoholu przyjmuje najczęściej formę indywidualnej pracy – dotyczy czy to osoby pijącej czy też współuzależnionego partnera/partnerki. Interwencje i wsparcie kierowane do dzieci, jest osobną kategorią pomocy. Co więcej, aktywne uzależnienie rozumiane jest często jako bezwzględne przeciwwskazanie do interwencji rodzinnych lub interwencji w parze. Oczywiście nie jest to stanowisko nieuzasadnione. W wielu przypadkach, w sytuacjach aktywnego, nadmiernego picia przez jednego z członków rodziny praca terapeutyczna po prostu nie jest możliwa, ze względu na stan zdrowia pacjenta. Innym, często wnoszonym argumentem jest „kruchosc” emocjonalna alkoholika i często słuszne założenie, że konfrontowanie się z trudnymi emocjami, które przez lata narastały w obrębie rodzinnych czy małżeńskich relacji stanowić będzie zbyt duże obciążenie dla osoby walczącej o abstynencję. W terapeutycznym dyskursie – co przekłada się realnie, na oferowane formy pomocy - przeważa zatem stanowisko, skupiające się na zagadnieniach zdrowia i choroby, traktujące uzależnienie od alkoholu w kategoriach indywidualnych, biologiczno – psychologicznych zjawisk, a nie silnie osadzonych w relacjach¹⁹. Innym

¹⁸ A. Margasiński, *Role psychologiczne młodych dorosłych, dorastających w rodzinach alkoholowych i niealkoholowych, mierzone Kwestionariuszem Ról Rodzinnych*, „Alcoholism and drug addiction” 2017, nr 30, s. 13–40.

¹⁹ A.S. Selbekk, H. Sagvaag, *Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others*, „Sociology Of Health and Illness” 2016, nr 38, s. 1058–1073.

zagadnieniem, któremu poświęca się dużo uwagi jest **indywidualna** motywacja pacjenta do podjęcia leczenia i podejmowanie wysiłków, aby tak dopasować plan terapeutyczny, aby w jak największym stopniu odpowiadał jego osobistym potrzebom. Pomijanie kontekstu rodzinnego na wczesnym etapie leczenia, związane być może również z przekonaniem o znikomej efektywności oraz dużo większych kosztach interwencji skierowanych do pary czy też całej rodziny²⁰. Prowadzi to do swoistego paradoksu – pomimo deklaratywnie dużej uwagi poświęcanej tzw. rodzinie alkoholowej, możliwość zintegrowanej pracy ze wszystkimi członkami rodziny pozostaje wciąż poza marginesem proponowanych oddziaływań.

Tymczasem w wielu światowych badaniach naukowych uzyskuje się wyniki wskazujące na wysoką skuteczność interwencji, które kierowane są nie indywidualnie do uzależnionego pacjenta, ale włączają również członków ich rodzin na każdym właściwym etapie zdrowienia. W jednej z metaanaliz, uwzględniającej 38 badań, dotyczących efektywności uczestnictwa osób uzależnionych i ich bliskich w tego typu interwencji (małżeńskiej lub rodzinnej), uzyskane wyniki wskazują, że w przypadku kiedy osoba uzależniona początkowo odmawia podjęcia ukierunkowanego leczenia, proponowane spotkania rodzinne/małżeńskie nie tylko pozwalają radzić sobie lepiej z tym faktem członkom rodziny alkoholika, ale także skutkują jednak zwiększeniem jego motywacji do podjęcia terapii uzależnień²¹. Co więcej, wtedy, kiedy osoba uzależniona podejmie decyzję o rozpoczęciu leczenia, kluczowe znaczenie okazuje się mieć forma pomocy. Podczas gdy w wielu krajach, w tym w Polsce, jak wcześniej wspomniano, standardowo proponuje się indywidualny proces, badania naukowe wskazują, że lepsze efekty przynoszą interwencje skierowane do par i rodzin. Uzyskano wyniki świadczące o tym, że ukierunkowana na problem uzależnienia behawioralna terapia pary jest bardziej efektywna niż leczenie indywidualne, nie tylko w obszarze osiągnięcia i utrzymywania abstynencji. Uczestniczenie w pomocy w tej formie, skutkuje także poprawą relacji z małżonkiem/partnerem oraz dziećmi, w tym pozwala na znaczące zmniejszenie liczby i intensywności zachowań agresywnych w rodzinie, jeśli takie wcześniej występowały²². Poprawa w tych obszarach obserwowana jest u pacjentów uzależnionych, niezależnie od ich płci. Podczas sesji terapeutycznych, odbywających się co 2 tygodnie, uzależniony pacjent uczy się rozpoznawać swoje stany emocjonalne, rozumieć picie jako destruktywny sposób radzenia sobie a także poznaje

²⁰ Tamże.

²¹ T.J. O'Farrell, W. Fals-Stewart, *Alcohol abuse*. w: *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*, red. D. H. Sprenkle, American Association for Marriage and Family Therapy, VA Alexandria 2007, s. 123-162.

²² Tamże.

behavioralne i poznawcze strategie radzenia sobie z objawami odstawiennymi. Partner/partnerka zaś ma szansę wypracować konstruktywne sposoby wspierania uzależnionego partnera. Nacisk kładziony jest także na podejmowanie przez parę przyjemnych aktywności, nie związanych z alkoholem oraz poprawę (lub naukę) komunikacji w parze²³.

Istnieją również badania podkreślające wagę interwencji kierowanych do całej rodziny. Na ich podstawie wysunięto postulaty zmiany paradygmatu w pracy z alkoholikami, tak, aby to nie sama osoba uzależniona była pacjentem, do którego kierowana jest interwencja, ale właśnie cały rodzinny system. Oddziaływania terapeutyczne kierowane do całych rodzin już na wczesnych etapach leczenia okazywały się przynosić dobre efekty. Z jednej strony zapewniały przestrzeń, w której mogła wybrzmieć perspektywa wszystkich członków rodziny, co przyczyniało się do poprawy wzajemnych relacji, z drugiej zaś strony obecność i aktywność wszystkich miała pozytywny wpływ na zmiany w podejmowanych przez alkoholika zachowaniach, sprzyjających zdrowieniu²⁴. Wskazuje się jednocześnie, że podejmując interwencje na poziomie rodziny nie zawsze możliwe i konstruktywne będzie zebranie wszystkich członków rodziny na sesji. W podejmowaniu interwencji chodziłoby przede wszystkim o utrzymywanie w umyśle terapeuty/ terapeutów relacyjnego charakteru problemu i takie dobieranie interwencji, które brałoby go pod uwagę.

Uzyskanie abstynencji to dopiero pierwszy krok

W wielu przypadkach, szczególnie wśród pacjentów i ich rodzin panuje przekonanie, że osiągnięcie abstynencji jest samo w sobie celem leczenia. Tymczasem zwykle, pomimo sukcesów związanych z zaprzestaniem picia przez osobę uzależnioną, rodzinne kłopoty nie znikają, często wręcz narastają – pojawiają się trudne emocje, konflikty, lęki. Stres, związany ze zmianą, któremu podlegają wszyscy członkowie rodziny oraz rozczarowanie faktem, że pomimo podejmowanych wysiłków, życie rodziny nie staje się szybko bardziej harmonijne, nie ułatwiają trzeźwiejącemu członkowi rodziny utrzymywania abstynencji. Z tego punktu widzenia, pomoc i wsparcie kierowane do całej rodziny, mogłoby po pierwsze

²³ B.S. McCrady, *Treating Alcohol Problems With Couple Therapy*, „Journal of Clinical Psychology” 2012, nr 68, s. 514-525.

²⁴ M.A. Barnett, *All in the family: resources and referrals for alcoholism*, „Journal of the American Academy of Nurse Practitioners” 2003, nr. 15, s. 467-472; B. Flynn, *Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2010, nr 17, s. 583-593.

facylitować proces zdrowienia a także wspomagać wypracowywanie nowych reguł funkcjonowania rodziny.

Przykład kliniczny²⁵:

Do poradni na konsultację małżeńską zgłosili się Państwo S. Oboje w wieku około 50 lat. Pan S. pił nałogowo przez 6 lat, niejednokrotnie wpadał w ciągi alkoholowe trwające kilka dni. W chwili zgłoszenia utrzymywał abstynencję około 9 miesięcy. Zakończył spotkania indywidualne z terapeutą uzależnień, regularnie chodził na spotkania grupy AA. Pani S. uczestniczyła w indywidualnej terapii dla osób współuzależnionych. Bezpośrednim powodem zgłoszenia się pary na konsultację były narastające konflikty między małżonkami. Dla pary tej było to nowe, niezwykle trudne doświadczenie. W poprzednich latach małżeństwa nie kłócili się wcale. Oboje utrzymywali, że byli zbyt zajęci pracą zawodową i wychowywaniem dzieci, aby mieć czas na spory. Pan S. pamięta, że zaczął nadużywać alkoholu w związku z kłopotami zawodowymi i wkrótce stracił kontrolę nad piciem. Pani S. czuła się wtedy pozostawiona sama z problemami związanymi z edukacją i wychowywaniem dorastających dzieci. Pan S. zdecydował się podjąć leczenie, gdy Pani S. wyprowadziła się. Podjęła tę decyzję w kilka miesięcy po rozpoczęciu studiów i wyjeździe dzieci do innego miasta. Państwo zamieszkali ponownie razem około pół roku przed zgłoszeniem się do placówki, z nadzieją, że trzymiesięczna abstynencja Pana S. stanie się początkiem nowego etapu w ich życiu. Po upływie kolejnych 6 miesięcy oboje przeżywali duży stres i cierpienie związane z narastającymi konfliktami, od których nie można już było uciec w aktywność zawodową, opiekę nad dziećmi a także nieprzykrywanymi już przez alkohol. Żadne z nich nie wiedziało również w jaki sposób mogą wyrażać złość i frustrację w inny, bardziej konstruktywny sposób. Otwarta ekspresja złości i rozczarowania wydawała się obojgu niebezpieczna – zarówno Pani S. jak i Pan. S. obawiali się złamania abstynencji przez Pana. Im bardziej jednak tłumili narastające w nich emocje, tym trudniej im było funkcjonować w parze. Niezwykle obciążające okazywały się dla nich te zachowania partnera, które były „nowe”, a które pojawiły

²⁵ Przedstawiono hipotetyczny przypadek, bazujący na doświadczeniach klinicznych autorki. Jego celem nie jest przedstawienie konkretnych, realnych pacjentów a raczej możliwych mechanizmów i trudności w relacji pary.

się jako efekt indywidualnych terapii. Pan S. jako lekceważące przeżywał te zachowania żony, które dla niej stanowiły sukces, jak np. podejmowanie przyjemnych dla siebie aktywności bez „ogłądania się” na męża. Pani S. zaś miała wrażenie, że mąż stał się opryskliwy i arogancki. Widziała go takim, gdy coraz śmieiej odważał się wprost odmawiać jej żądaniom.

Pomimo krótkiego czasu abstynencji Pana S., co często bywa wnoszone jako bezwzględne przeciwskazanie do terapii par, rozpoczęto pod superwizją pracę terapeutyczną, dającą bezpieczną przestrzeń do omawiania trudnych i frustrujących obszarów z życia pacjentów. Relacja terapeutyczna i dający poczucie stabilizacji setting, w poczuciu terapeutów sprzyjał po pierwsze utrzymywaniu przez Pana S. Abstynencji, a po drugie umożliwiał parze powolne wypracowywanie nowych sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami w ich relacji.

Wchodzenie z uzależnienia z rzadka jest procesem liniowym. Dużo częściej w procesie zdrowienia bywa dużo wzlotów i jeszcze więcej upadków²⁶. Osoba trzeźwiejąca na co dzień mierzy się z wieloma wyzwaniami – często towarzyszy jej podwyższony poziom niepokoju, jest drażliwa i niespokojna, co jest wynikiem głodu alkoholowego. Ponad to, mierzy się często z narastającymi trudnymi emocjami w bliskich relacjach i rozczarowaniem, że podejmowany wysiłek trzeźwienia nie przynosi ulgi. Często pojawia się również ogromna frustracja wynikająca z poczucia niewidzenia przez członków rodziny tego, jak wielki wysiłek związany jest z trzeźwieniem pacjenta. Związane jest ono również nieodzownie z konfrontacją ze spustoszeniem, jakie poczyniło trwanie w uzależnieniu. Pacjenci i ich bliscy mierzą się więc z poczuciem winy i poczuciem straty. Wydaje się więc, że kluczową kwestią na tym etapie byłoby zapewnienie terapeutycznej opieki rodzinom stawiającym pierwsze kroki na drodze do zdrowienia, tak aby mogły się na niej utrzymać.

Kroki te wydają się być tym bardziej zasadne, że trzeźwiejący dorośli stają również wobec wyzwania podjęcia roli rodzica w nowy, konstruktywny sposób. Jednocześnie jego wysiłki kierowane będą w kierunku dzieci, które często przez lata uczyły się mu nie ufać i w związku z tym nie czują się w relacji tej bezpiecznie.

Podejmowanie leczenia przez uzależnionego rodzica pociąga za sobą często trudne zmiany zarówno w relacji małżeńskiej, jak i w relacjach z dziećmi.

²⁶ A. Dakowicz, *Powodzenie małżeństwa. Uwarunkowania psychologiczne w perspektywie transgresyjnego modelu Józefa Kozińskiego*, Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2014.

Wyniki empiryczne potwierdzają, że nie są to tylko zmiany przynoszące ulgę. W badaniach polskich uzyskano wyniki wskazujące, że porozumienie pomiędzy ojcem a dziećmi ulega wręcz pogorszeniu po zakończeniu przez niego leczenia a także, że ojcowie wychodzący z uzależnienia od alkoholu wobec własnych dzieci najczęściej przyjmują nieadekwatne postawy rodzicielskie, charakteryzujące się nadmiarem we wszystkich wymiarach²⁷. Podobnie, tak jak w przytoczonym powyżej przykładzie klinicznym, relacje między trzeźwiejącym rodzicem a dziećmi, muszą przybrać inny kształt, gdy znika alkohol. Jednocześnie, gdy oferowane jest odpowiednie wsparcie możliwa jest realna ocena własnych zasobów rodzicielskich, a także odkrywanie na nowo swojej roli w tym obszarze życia rodziny²⁸.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę jak powszechnym a zarazem poważnym problemem jest w Polsce uzależnienie od alkoholu, ważne jest poszukiwanie nowych, konstruktywnych sposobów pracy zarówno z osobami uzależnionymi, jak i ich rodzinami. Obecnie proponowane metody pomocy wydają się w przeważającym stopniu zakładać interwencje, kierowane indywidualnie i osobno do osób zmagających się z uzależnieniem bezpośrednio, lub pośrednio (współuzależnienie). W wielu wypadkach podejmowanie działań terapeutycznych kierowanych do par lub rodzin nie jest brane pod uwagę, jako sprzeczne z zaleceniami (alkohol jako czynnik wykluczający interwencje rodzinne) lub zbyt drogie i nieskuteczne. Niniejszy artykuł ma na celu poddanie refleksji powyższe założenia, odwołując się po pierwsze do systemowej perspektywy wobec samego uzależnienia i procesu leczenia; po drugie zaś do wyników polskich i światowych badań empirycznych, wskazujących na przydatność tego sposobu rozumienia trudu osiągnięcia i utrzymywania abstynencji w rodzinie. Warto przy tym zaznaczyć, że utrzymywanie systemowej perspektywy nie zawsze musi przekładać się na organizowanie rodzinnych sesji terapeutycznych. Wydaje się jednak, że dopuszczenie i utrzymywanie relacyjnego charakteru problemów związanych z wychodzeniem z uzależnienia może być czynnikiem silnie facylitującym ten trudny proces.

²⁷ Tamże.

²⁸ H. Pirskanen, M. Holmila, K. Kataja, *Parenthood re – discovered: views of recovered parents*, „Drugs; education, prevention and policy” 2017, nr 24, s. 23-31.

Bibliografia

- Barnett M.A., *All in the family: resources and referrals for alcoholism* „Journal of the American Academy of Nurse Practitioners” 2003, nr15(10), s. 467-472.
- Bertalanffy L.V., *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.
- Cierpiałkowska L., *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2010.
- Cierpka A., *Metody analizy narracji w badaniach psychologicznych*. w: *Metody jakościowe w psychologii współczesnej*, red. M. Straś-Romanowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2000.
- Cullen J., Carr A., *Codependency: an empirical study from a systemic perspective*, „Contemporary Family Therapy” 1999, nr 21(4), s. 505-526.
- Dakowicz A., *Powodzenie małżeństwa. Uwarunkowania psychologiczne w perspektywie transgresyjnego modelu Józefa Koźmickiego*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2014.
- De Barbaro B., *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- Flynn B., *Using systemic reflective practice to treat couples and families with alcohol problems*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2010, nr 17(7), s. 583-593.
- Haaken J., *A critical analysis of the codependence construct*, „Psychiatry” 1990, nr 53, s. 396–406.
- Hędzelek M., Wnuk M., Marcinkowski J.T., *Choroba współzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*. „Problemy higieny i epidemiologii” 2009, nr 90(3), s. 319-315.
- Margasiński A., *Role psychologiczne młodych dorosłych, dorastających w rodzinach alkoholowych i niealkoholowych, mierzone Kwestionariuszem Ról Rodzinnych*. „Alcoholism and drug addiction” 2017, nr 30(1), s. 13–40.
- McCrary B.S., *Treating Alcohol Problems With Couple Therapy*, „Journal of Clinical Psychology” 2012, nr 68(5), s. 514-525.
- Mostwin D., *Ekologiczny model terapii rodzin w stanie kryzysu*, Warszawa 1992.
- O’Farrell T.J., Fals-Stewart W., *Alcohol abuse*. w: *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*, red. D. H. Sprenkle, American Association for Marriage and Family Therapy, Alexandria VA 2002, s. 123-162.
- PARPA, *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2017 roku. Zestawienie Statystyczne. Sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania*

- problemów alkoholowych w 2017*. http://www.parpa.pl/images/file/zestawienia_new_2017.pdf, [dostęp: 10.10.2018].
- Pasternak A., Schier K., *The role reversal in the families of Adult Children of Alcoholics*, „Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2012, nr 1, s. 51-57.
- Pirkanen H., Holmila M., Kataja K., *Parenthood re-discovered: views of recovered parents*, „Drugs; education, prevention and policy” 2017, nr 24(1), s. 23-31.
- Praszkiel R., *Zmieniać nie zmieniając*, Wydawnictwa Szkolne i Akademickie, Warszawa 1992.
- Rotunda R. J., Doman K., *Partner Enabling of substance use disorders: critical review and future Directions*, „American Journal of family therapy” 2001, nr 29, s. 257-270.
- Schier K., *Gdy dziecko staje się rodzicem – odwrócona troska*, w: *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, red. B. Tryjarska, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 63-81.
- Selbekk A.S. Sagvaag H., *Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others*, „Sociology Of Health and Illness” 2016, nr 38(7), s. 1058-1073.
- Spann L., Fisher J., *Identyfying co-dependency*. „The Counsellor” 1990, s. 8-27.
- Webster D., *Women and depression (alias codependency)*. „Family and community health” 1990, nr 13, s. 58–66.
- Wegscheider-Cruse S., *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000.
- Widera-Wysoczańska A. *Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika*. w: *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, red. P. Żak, Wydawnictwo „Charaktery”, Kielce 1994.
- Wiener N., *Cybernetka a społeczeństwo*, Książka i Wiedza, Warszawa 1961.

Karolina Małek: *Significance of family system functioning to abstinence maintenance by alcohol dependent patient. Clinical perspective.*

Summary

Addiction to alcohol is a serious social problem in Poland. It concerns about 10% of polish society (directly and indirectly). Treatment system is primarily aimed at achieving and maintaining abstinence by addicted patient and individual help for the family members (mainly therapy of a co-dependent spouse / partner). Different institutions offer therapeutic help that assumes mostly only individual process. This article presents a different perspective. Alcohol addiction very clearly affects the whole family reality, determining the shape and the rules of relating between

all family members. Basing on systemic theories, it is assumed that the processes of falling into addiction as well as the process of getting out of it will affect the addicts' environment, putting adaptational challenges in front of everyone in the family. It seems that the therapeutic support directed to the families that face the problem of alcoholism can be a factor that strongly facilitates the process of recovery and maintaining abstinence as well as may be of help to create new ways of functioning of the family system. The article presents the results of empirical research confirming these assumptions, as well as a hypothetical clinical example.