Joanna Łukjaniuk[1]

Sylwia Ćmiel[2]

Pomoc rodzinom dzieci z zachowaniami ryzykownymi w świetle programu Ośrodka Profilaktyki i Terapii „Jest Czas" w Płocku

Help for families of children with risky behavior in the light of the Centre for Prevention and Therapy "Jest Czas" (There is Time) in Plock

1) Dr J. Łukjaniuk – pracownik naukowo-dydaktyczny Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej w Józefowie. Psycholog, psychoterapeuta specjalizuje się w zakresie terapii rodziny i terapii uzależnień. Autorka licznych oryginalnych prac twórczych publikacji w zakresie pedagogiki resocjalizacyjnej, terapii osób uzależnionych, psychologii klinicznej. Autorka recenzji naukowych, książek i sprawozdań ze stażów zagranicznych oraz twórca artykułów popularno-naukowych.

2) Mgr S. Ćmiel – pracownik naukowo-dydaktyczny Wyższej Szkoły Gospodarki Euroregionalnej w Józefowie.

Streszczenie

W artykule przedstawiono wypracowany na bazie terapii systemowej program pracy z rodziną pacjenta uzależnionego od narkotyków w Ośrodku Profilaktyki i Terapii „Jest Czas" w Płocku. W pierwszej części omówione zostały główne założenia teoretyczne rozumienia zachowań ryzykownych młodzieży w świetle teorii rozwojowej Jessorów i podejścia systemowego. W drugiej części scharakteryzowano ogólne założenia i strukturę organizacyjną ośrodka, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przebieg terapii rodzinnej. W trzeciej części artykułu omówiono program terapeutyczny oparty na koncepcji Lee Jampolsky'ego, określonej przez tego amerykańskiego psychologa „Przekonaniami umysłu uzależnionego".

Abstract

The article presents system of therapy based on the work program of the patient's family of drug addict in the Centre for Prevention and Therapy „Jest Czas" (There is Time) in Plock. In the first part the authors discuss the main assumptions of the theoretical understanding of risk behavior of youth in the light of developmental theory of Jessor and systemic approach. In the second part the article characterizes general approach and organizational structure of the Centre, with special attention on the course of family therapy. In the third part of the article discusses the therapeutic program based on the concept of Lee Jampolsky, as defined by the American psychologist "Beliefs of addict personality".

Okres adolescencji jest najważniejszym okresem rozwojowym w życiu każdego człowieka. W tym właśnie czasie powstaje wiele dysfunkcji, które utrzymują się przez resztę życia, stwarzając rozmaite problemy w kształtowaniu postaw, w rozwoju osobowości i w zdrowiu fizycznym. Liczba młodych ludzi podejmujących rozmaite zachowania ryzykowne w wieku dorastania ciągle wzrasta. Naukowcy, terapeuci, pedagodzy wciąż szukają odpowiedzi na pytanie: jak efektywnie pomagać, jak skutecznie chronić dzieci przed zagrożeniami? Współcześnie teorie wyjaśniające zachowania problemowe jednostek rozpatrują w kontekście wzajemnie warunkujących się postaw i działań członków danej rodziny. Inaczej mówiąc, nieakceptowane społecznie postawy i zachowania dziecka są rozpatrywane jako konsekwencja wadliwego funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Zachowania każdego członka rodziny są bowiem reakcją na zachowania i relacje innych osób tworzących wspólnie z nimi system rodzinny[2]. W artykule przedstawimy główne założenia programu terapeutycznego skierowanego do rodzin dzieci z zachowaniami ryzykownymi ze szczególnym podkreśleniem terapii rodzin dzieci uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

W poszukiwaniu źródeł zachowań ryzykownych młodzieży

Lista niepokojących, problemowych zachowań wśród dzieci i młodzieży jest bardzo długa. Do zachowań ryzykownych zalicza się zarówno wczesną inicjację dotyczącą przyjmowania substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, narkotyki), jak i zbyt wczesną inicjację seksualną, zachowania agresywne, przestępcze oraz takie zachowania, jak porzucanie nauki szkolnej, ucieczki z domu, stosowanie różnych diet, poniżanie rówieśników, niezdrowa rywalizacja itp. Ogólnie można powiedzieć, że zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży są to różne działania niosące ryzyko negatywnych konsekwencji zarówno dla fizycznego i psychicznego zdrowia jednostki, jak i dla jej otoczenia społecznego[3]. Ponadto zachowania ryzykowne pełnią funkcję rozwojową, tzn. zaspokajają te potrzeby dziecka, młodego człowieka, które nie są zaspokajane w ich środowiskach naturalnych. Rozwojowe źródła zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży najpełniej podkreśla teoria zachowań problemowych Richarda i Schirley Jessorów, wyrosła z wieloletnich badań nad młodzieżą w wieku dorastania. Zgodnie z tą powszechnie uznawaną teorią różne zachowania ryzykowne (problemowe) mają znaczenie rozwojowe. Zachowania ryzykowne są sposobami na załatwienie bardzo ważnych spraw życiowych,

2) J. Rogala-Obłękowska, *Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne,* Warszawa 1999, s. 100-127.
3) Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Warszawa 2002; J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki,* Warszawa 2002.

których młodzi ludzie nie potrafią załatwić inaczej. Różne zachowania problemowe umożliwiają więc:

– zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychologicznych (miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa, przynależności),

– realizację ważnych celów rozwojowych (np. określenie własnej tożsamości, uzyskanie niezależności od dorosłych),

– radzenie sobie z przeżywanymi trudnościami życiowymi (redukcja lęku i frustracji).

Jeśli młody człowiek czuje, że nie jest kochany w domu, uważa też, że jest mało atrakcyjny dla rówieśników, może próbować poprawić swoją pozycję w grupie i zyskać akceptację za pomocą picia alkoholu, czy też innych zachowań ryzykownych[4].

Zachowania problemowe są więc nieprawidłowymi sposobami przystosowania się. Jessorowie skonstruowali interakcyjny model funkcjonowania człowieka, zgodnie z którym zachowania jednostki są wypadkową oddziaływania kilka grup czynników. Czynniki te tkwią w samej jednostce oraz w jej otoczeniu społecznym. Do czynników zewnętrznych autorzy zaliczają: strukturę rodziny, wykształcenie, zawód i wyznanie rodziców, ich system przekonań, i religijność, klimat domowy (kontrola i wymagania), wpływy rówieśników oraz wpływy mediów w tym Internetu. Czynniki wewnętrzne to: system osobowości człowieka – główne motywy, osobiste przekonania (w tym krytycyzm, samoocena, poczucie kontroli), samokontrola (np. religijność, tolerancja wobec dewiacji) oraz system spostrzegania środowiska. W tym ostatnim ważne jest, w jaki sposób dziecko widzi, ocenia swoją rodzinę i rówieśników (jak odczuwa wsparcie i kontrolę ze strony rodziców i rówieśników, jak ocenia aprobatę rodziców i rówieśników dla zachowań dewiacyjnych oraz jak spostrzega wzorce rówieśnicze). Interakcja różnych grup czynników (wewnętrznych i zewnętrznych) decyduje, czy dziecko będzie zachowywało się prawidłowo, zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy tez podejmie zachowania ryzykowne[5].

W rodzinie i za jej sprawą, dziecko nabywa wcześniej kompetencje społeczne. Uczy się, jakie zachowania sa porządane, jakie są wskazane w danej sytuacji. Dowiaduje się, które modele zachowań mogą być akceptowane, a które są bezwzględnie odrzucane jako negatywne. na tej podstawie młody człowiek konstruuje swój system wartości i przekonań, który następnie skonfrontuje wśród rówieśników w szkole[6].

Wśród uwarunkowań rodzinnych, które w znacznym stopniu przyczyniają się do powstawania zachowań problemowych u dzieci najczęściej wymienia się:

– wysoki poziom konfliktów w rodzinie;

4) Tamże, s. 15.
5) Tamże, s. 16.
6) A. Jegier, *Integracja dzieci niepełnosprawnych ruchowo w praktyce edukacyjnej* [w:] M. Sitek, Ś. Ćmiel (red.), *Jaka Polska? Węzłowe problemy społeczeństwa polskiego*, WSNS 2010, str. 207.

– brak bliskości pomiędzy rodzicami i dziećmi;

– tolerancja rodziców wobec używania przez dzieci substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol itp.);

– nieobecność ojca w domu lub destabilizacja układu z ojcem jako głową rodziny;

– brak uświadomienia seksualnego przez rodziców;

– przedwczesna ciąża matki;

– brak wyraźnego i konsekwentnego systemu wychowawczego;

– brak kontroli i dyscypliny lub nadmierna kontrola i dyscyplina;

– destrukcyjny stosunek rodziców do siebie, zwłaszcza niewłaściwy stosunek ojca do matki;

– częste stosowanie kar cielesnych.[7]

Zaburzenia więzi z rodzicami uważa się też za najważniejszą przyczynę różnych typów zachowań problemowych. Ponadto w teoriach systemowych symptom, jakim jest np. uzależnienie dziecka, traktuje się jako przejaw zaburzenia równowagi sił emocjonalnych w relacjach rodzinnych. Zwolennicy omawianego podejścia stoją na stanowisku, że system rodzinny podtrzymuje symptomy patologiczne występujące u jednego lub kilku członków, gdyż jest to „funkcjonalne" dla rodziny i pozwala utrzymać jej równowagę. Zaburzenia jednostki są więc widziane tu nie tyle jako wynik jej właściwości intrapsychicznych, ile raczej jako skutek zaburzeń funkcjonalnych systemu rodzinnego; psychoterapeuta „systemowy" zajmuje się nie tyle samym pacjentem, ile jego relacjami; z pewną dozą przesady można nawet powiedzieć: leczy on nie tyle pacjenta, ile raczej cały system. Stąd popularne w terapii systemowej określenie pacjenta (dziecka) jako „delegata systemu", w tym przypadku rodziny. Termin ten oznacza, że zachowania dziecka dysfunkcyjnego są reakcjami na zachowania i relacje innych osób, tworzących wspólnie z nim system rodzinny[8].

D. Reilly, autor teorii braku wymiany emocjonalnej w rodzinach osób uzależnionych, zwraca uwagę na sposób wzajemnego komunikowania się ich członków. Podkreśla on, że brak tej wymiany wynika z ambiwalencji wewnątrzrodzinnej. W takich rodzinach członkowie uważają otwarte wyrażanie uczuć za niebezpieczne; są oni często wypełnieni lękiem zarówno przed bliskością, jak i przed odrzuceniem. Ten model interakcji na poziomie emocjonalnym wynika, zdaniem autora, z systemu rodzinnego, a szczególnie leżących u podłoża konfliktów rodzinnych. Przyjmowanie środków psychoaktywnych jest swoistym mechanizmem obronnym, wyrażającym z jednej strony prośbę o uczucia innych, a z drugiej (oczywiście nieadekwatny) sposób okazywanie ich samemu.

Z kolei M. Stanton podkreśla w swojej koncepcji znaczenie potrzeby zależności i potrzeby opieki jako źródła zachowań nałogowych mło-

7) Tamże.

8) Por. J. Rogala – Obłękowska, *Młodzież ... op. cit.*, Warszawa 1999, s. 100-127.

dzieży. Uzależnienie jest tu traktowane jako rodzaj złożonego mechanizmu sprzężenia zwrotnego wewnątrz powtarzającego się cyklu. Rodzina, w której dziecko nałogowo zażywa narkotyki, tworzy wzajemnie zależny system oddziaływań interpersonalnych. W sytuacji, gdy równowaga tego systemu jest zagrożona, na przykład, gdy występuje nasilenie konfliktów między rodzicami, zachowanie jednostki uzależnionej zmienia się w takim kierunku, aby skupić uwagę rodziny na sobie poprzez branie narkotyków, popełnienie przestępstw, postawy roszczeniowe itp. [9]

Wielu terapeutów zajmujących się leczeniem uzależnień od środków psychoaktywnych podkreśla, że symptomy występujące u pacjenta muszą być rozpatrywane w kontekście jego rodziny nie tylko jako odpowiedź na pytanie o źródła nałogu, ale przede wszystkim jako sposób szukania rozwiązań problemu uzależnienia. Ponadto badania empiryczne dowodzą, że uczestnictwo rodziny w terapii osób uzależnionych znacząco wpływa na efekty tego leczenia. Wyniki wieloletnich badań Martien Kooyman nad tym zagadnieniem wskazują, że w przypadku uczestnictwa rodziny w terapii pacjenta liczba wyleczeń wyraźnie się zwiększa[10].

Program Ośrodka Profilaktyki i Terapii „Jest Czas”

Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień „Jest czas” powstał w 2005 roku jako owoc wspólnych działań Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży „Kai Kairos” i Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka. Stowarzyszenie „Kai Kairos” zostało powołane do życia 15 grudnia 2001 roku z inicjatywy grupy przyjaciół: terapeutów, profilaktyków, pedagogów, psychologów i studentów pedagogiki. Korzystając ze wsparcia Urzędu Miasta Płocka i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, „Kai Kairos” obejmuje działalnością profilaktyczną i terapeutyczną liczne szkoły, rodziny oraz osoby indywidualne; prowadzi Klub Dzieci i Młodzieży i zorganizowało Płocki Telefon Zaufania. Obecnie koncentruje swoje wysiłki na określeniu ram teoretycznych i prowadzeniu wspomnianego Ośrodka Profilaktyki i Terapii „Jest czas”.

Założenia programowe

Program Ośrodka oparty jest na formie społeczności terapeutycznej, poprzez którą – jak wiadomo – można osiągnąć znaczące i pożądane zmiany w zachowaniach osób uzależnionych i eksperymentujących z narkotykami. Podstawowe zadanie społeczności terapeutycznej polega na stworzeniu środowiska społecznego, przypominającego powiązania i zależności

9) Por. J. Rogala-Obłekowska, *Narkoman w rodzinie,* Warszawa 2002, s. 109 – 118.
10) Por. M. Kooyman, *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych,* Warszawa 2002, s. 109 – 118.

występujące z jednej strony w rodzinie, z drugiej zaś w grupach formalnych, takich jak na przykład grupy szkolne. Społeczność stanowi więc istotny czynnik przygotowujący młodego człowieka do podejmowania w sposób odpowiedzialny ról i zadań osoby dorosłej w dalszym życiu społecznym.

Program Ośrodka „Jest czas" opiera się na zastosowaniu wszechstronnych metod terapeutycznych. Wykorzystane są w nim zarówno podejścia behawioralne, poznawcze, jak i osiągnięcia terapii humanistycznej, egzystencjalnej i narracyjnej. Zasadniczą wszakże rolę odgrywa – jak stwierdziłyśmy wcześniej – podejście systemowe.

Realizacja programu trwa około 12 miesięcy i odbywa się w czterech etapach:

– Etap I – wstępny,
– Etap II – „Ja",
– Etap III – „Ty",
– Etap IV – „My"[11].

Każdy pacjent przyjmowany do Ośrodka przechodzi kwalifikację wstępną dokonywaną przez punkt konsultacyjny oraz zespół kwalifikacyjny. Następnie z nim i z jego rodziną podpisywany jest wstępny kontrakt. Omawia się także plan terapii.

W fazie wstępnej pacjent odbywa co najmniej 5 spotkań z terapeutą prowadzącym. Ostateczną decyzję o przyjęciu do programu podejmuje zespół terapeutyczny.

Od momentu przyjęcia pacjent uczestniczy w programie realizowanym przez wszystkich uczestników społeczności terapeutycznej, a więc w:

– terapii grupowej,
– zajęciach socjoterapeutycznych,
– terapii zajęciowej,
– arteterapii,
– choreoterapii,
– terapii rodzinnej.

Pacjent zobowiązany jest nadto do prac na rzecz ośrodka oraz do udziału w inicjatywach społecznych podejmowanych przez społeczność.

Od momentu przyjęcia, oprócz wejścia w wyżej naszkicowany program, każdy pacjent realizuje – pod kierunkiem terapeuty prowadzącego – indywidualny program terapii. W porozumieniu z socjoterapeutą przygotowuje się dla niego m.in. indywidualny plan edukacyjny. Socjoterapeuta ustala wraz z pacjentem i placówką szkolną warunki umożliwiające najbardziej dogodny sposób uczestniczenia w terapii oraz kontynuowania nauki.

W końcowym etapie realizacji programu terapeutycznego pacjent uczestniczy w spotkaniach grupy twórczego rozwoju i przygotowuje plan, w którym zarysowuje formy i sposoby radzenia sobie po opuszczeniu spo-

11) Informacje na temat szczegółów tego programu można znaleźć [w:] J. Łukjaniuk (mps), *Obraz siebie w holitystycznym modelu rehabilitacji młodzieży uzależnionej od narkotyków*, APS Warszawa 2004.

łeczności terapeutycznej. Zakończenie programu leczenia nie oznacza zerwania z Ośrodkiem: pacjenci oraz ich rodziny uczestniczą w spotkaniach grup postrehabilitacyjnych.

Organizacja terapii rodzinnej

W terapii w aktywny sposób uczestniczy rodzina pacjenta. Rodzice spotykają się w odbywających się co miesiąc spotkaniach grup psychoedukacyjnych i treningowych oraz na indywidualnych sesjach terapeutycznych rodzinnych lub małżeńskich. W sumie praca z rodziną jest w ośrodku realizowana poprzez następujące formy pomocy:

Otwarte grupy mające charakter grup wsparcia i realizujące następujące cele:

– emocjonalne wsparcie rodziny w pierwszej fazie kontaktu z ośrodkiem;

– edukacja rodziców w zakresie problematyki narkomanii, głównie w celu zwiększenia umiejętności motywowania dziecka do podjęcia leczenia.

Zamknięte grupy edukacyjne. Spotkania dotyczą m.in. zagadnień:

– przyczyny sięgania po środki psychoaktywne;

– uzależnienie jako choroba: objawy, cechy, fazy;

– psychologiczny mechanizm uzależnienia;

– narkotyki i efekty ich działania;

– współuzależnienie – praca nad przekonaniami umysłu uzależnionego;

– sposoby interwencji wobec osób uzależnionych;

– konstruktywne i niekonstruktywne metody pomagania osobie uzależnionej;

– budowanie strategii na przyszłość.

Grupy warsztatowe dla rodziców, rozwijające ich umiejętności wychowawcze**.** Oto najważniejsze przykłady tematów przeznaczonych dla rodzicielskich grup warsztatowych:

– wartości wspomagające rozwój;

– podstawowe umiejętności komunikacyjne;

– zachowania asertywne;

– granice zaufania w kontakcie z dzieckiem uzależnionym;

– odpowiedzialność;

– zapobieganie nawrotom;

– funkcje rodziców;

– prawidłowo funkcjonująca rodzina.

Odbywają się nadto sesje terapii rodzinnej. Wreszcie rodzice są zobowiązywani, na miarę swoich możliwości i talentów, do uczestnictwa w życiu społecznym ośrodka.

Program pracy z rodziną nad zmianą przekonań myślenia uzależnionego

Antropolog Gregory Bateson był pierwszym uczonym, który zanegował twierdzenie, jakoby ludzie uzależnieni byli z konieczności osobami słabymi i niemoralnymi. Jego zdaniem o osobie uzależnionej możemy powiedzieć tylko tyle, „że pragnie ona czegoś więcej, niż zazwyczaj przynosi nam życie i jest przekonana, że to coś istnieje. Czuje się zagubiona. Odkrywa, że alkohol lub inne środki odurzające chwilowo i połowicznie zaspokajają jej pragnienia”[12]. Amerykański psycholog, Lee Jampolsky, w pracy zatytułowanej „Leczenie uzależnionego umysłu” rozwija ten pogląd, opisując system myślenia uzależnionego. Według niego osobą uzależnioną (narkomanem, alkoholikiem) jest każdy, kto czuje się „niepełny”; kto uważa, że nie jest godny bycia szczęśliwym z taką strukturą osobowości, jaką posiada; kto sądzi, że nie zasługuje na miłość i szczęście[13].

Lee Jampolsky wprowadził nową „jakość” (także w sensie terminologicznym) do rozumienia osoby uzależnionej w kategoriach holistycznych oraz do terapii, zwłaszcza alkoholików i narkomanów – zajął się mianowicie przekonaniami wchodzącymi w skład „myślenia uzależnionego”. U jego podstaw kalifornijski terapeuta widzi głównie strach, koncentrowanie się na przeszłości lub przyszłości, osądzanie i swoiste przewrażliwienie na punkcie własnych braków osoby uzależnionej. Uważa on, że umysł uzależniony wypełniony jest tymi przekonaniami, pozbawiając się miłości i spokoju. W konsekwencji przedstawia serię przekonań, którymi kieruje się taki umysł, przeciwstawiając im serię przekonań opartych na miłości.

W programowaniu pracy płockiego Ośrodka stwierdziłyśmy, że indywidualny pogram terapeutyczny bazujący na teorii L. Jampolsky’ego można i należy zaadaptować do potrzeb terapii systemowej, do pracy terapeutycznej z rodzinami osób uzależnionych. Koncepcja ta obejmuje nie tylko pracę terapeutyczną związaną z już zaistniałymi zachowaniami uzależnionymi, ale także rozpoznawanie predyspozycji rodzinnych oraz charakterystycznych dla rodziny zachowań ryzykownych, które mogą stać się podstawą do powrotu do uzależnienia. Warto zauważyć, że działania terapeutyczne skierowane są tu na kształtowanie przekonań związanych z myśleniem opartym na miłości. Przekonań, przedstawione przez Jampolsky’ego to:

- To, co dostrzegam u innych, odzwierciedla stan mojego umysłu. Istnieje wewnętrzna jedność wszelkiego życia. Nic mi nie przeszkadza w odczuwaniu szczęścia i pełni istnienia już w tej chwili;
- Moje bezpieczeństwo to moja bezbronność. Akceptacja przynosi mi spokój umysłu;

12) Za: L. Jampolsky, *Leczenie uzależnionego umysłu,* Warszawa 1992, s. 15.
13) Tamże, s. 15-58.

• Moje poczucie wartości nie zależy od efektywności działania. Miłość nie stawia warunków;

• Przebaczenie zawsze zapewnia mi spokój umysłu;

• Tylko teraźniejszość jest prawdziwa. Przeszłość przeminęła, a przyszłości jeszcze nie ma;

• Żeby zmienić charakter moich przeżyć, muszę najpierw zmienić sposób myślenia;

• Błędy powinny być naprawione. Nie muszę się za nie osądzać i karać, lecz wyciągnąć z nich naukę;

• Tylko miłość jest prawdziwa, a prawdzie nic nie zagraża;

• Jestem odpowiedzialny za otaczający świat i sam wybieram uczucia, których doświadczam. Wybieram cele możliwe do osiągnięcia;

• Dawanie jest otrzymywaniem. Mój zysk nie może być niczyją stratą;

• Już teraz jestem pełnym człowiekiem;

• Szacunek do własnej osoby wypływa z miłości i zaakceptowania siebie takim, jakim jestem w tej chwili oraz z dzielenia się miłością i akceptacją z innymi;

• Nie mogę zmienić ludzi, lecz mogę zmienić sposób, w jaki ich widzę.[14]

W toku terapii analizujemy wszystkie „13 przekonań". Grupujemy je jednak w cztery zespoły zagadnień, szczególnie znaczących dla funkcjonowania i terapii zaburzonego systemu rodzinnego:

1. samotność – kontrola;
2. atak – obrona;
3. perfekcjonizm – kara;
4. strach- wina.

Przyjrzyjmy się teraz zarówno założeniom, jak i najważniejszym doświadczeniom związanym z realizacją wyżej wskazanych zagadnień. W pierwszej części każdego punktu znajdą się odpowiadające mu grupy przekonań umysłu uzależnionego, zaczerpnięte z koncepcji Jampolsky'ego.

Samotność i kontrola

Pierwszy zespół określany jako „samotność i kontrola" definiując przekonania:

1. Jestem samotny w okrutnym, nieprzyjaznym i niemiłosiernym świecie. Nic mnie nie łączy z innymi ludźmi.

2. Potrzebuję czegoś lub kogoś poza mną, bym mógł czuć się szczęśliwym i pełnym człowiekiem.

3. Mogę kontrolować zachowanie innych ludzi.

Według Jampolsky'ego myślenie tego typu przekonuje osoby uzależnione do tego, że świat jest miejscem, w którym są osądzani i osa-

14) Tamże, s. 117.

motnieni, ze nie ma w nim miejsca na przebaczenie i jedność; że trzeba wciąż zmagać się ze złem i osądzaniem. Przekonanie to jest błędne, gdyż przychodząc na świat, jesteśmy „wyposażeni" w „fundamentalną ufność" (E. Erikson) i „otwartość na świat" (H. Portmann, J. Eccles). Często przeżycia dzieciństwa powodują, że osoby uzależnione zamykają się w „kryjówce lęku" (A. Kępiński) i stają się nieufne. Należy także zwrócić uwagę na problem przeżywania przez człowieka tzw. samotności głębokiej (P. Tillich), tj. zdolności do stanowienia o sobie, o swoich decyzjach, refleksyjnego przeżywania egzystencji, i odróżnienia jej od „samotności płytkiej" (w języku Tillicha: „osamotnienia"). Dopóki sądzi on, że nie posiada nic autonomicznego, nie potrafi prawdziwie cieszyć się bliskością drugiego człowieka. Może doświadczyć jej dopiero wówczas, gdy wejdzie w relację z poczuciem samo-stanowienia (K. Wojtyła) i pragnieniem podzielenia się, „obdarowywania" drugiego tym, kim jest. „Obdarowanie" to nie „wydarzy się", jeśli w związku poszukuje się tylko uzupełnienia swoich domniemanych braków i zaspokojenia domniemanych potrzeb.

Z doświadczeń terapii rodzinnej w Ośrodku „Jest czas" niedwuznacznie wynika, że ten pierwszy wymiar – samotności, rozumianej jako „osamotnienie", jest bardzo widoczny, gdy zaczyna się pracę z osobą uzależnioną i jej rodziną. Nierzadko pytania terapeutów podczas przyjmowania pacjenta do ośrodka dotyczą tzw. pozytywnych grup wsparcia czy też osób, z którymi pacjent ma bliskie więzi. I tutaj natrafiamy na pustkę: „poszarpane" więzi rodzinne, zerwane przyjaźnie, nieformalna, negatywna grupa rówieśnicza, brak grup zainteresowań. Temu wszystkiemu towarzyszy chore przekonanie „uzależnionego umysłu": „przecież ja sam sobie poradzę". Podobnie dzieje się w przypadku rodziców. Czują się oni zazwyczaj tak wyobcowani w swoim środowisku, nawet rodzinnym, że z nikim nie dzielą się swoimi problemami, „samotnie" walcząc z nałogiem dziecka. Dla uzasadnienia tego „samotnego" poszukiwania rozwiązania przytaczają różne argumenty: „dziadkowie są już starzy i nie chcemy ich martwić", „do tej pory i tak zawsze sami musieliśmy sobie we wszystkim radzić", „mogą być problemy w pracy" itp.

Pozostawanie w przekonaniu, że człowiek sam powinien rozwiązywać swoje problemy może też kierować osobę uzależnioną i rodzinę w stronę przekonania, że można wszystko kontrolować, a już na pewno innych ludzi. Dzieje się to już na poziomie samej rodziny: ludzie hołdujący temu przekonaniu często traktują współmałżonka, dziecko jako przedłużenie samych siebie. Dlatego czują się osobiście dotknięci, gdy dziecko źle się zachowa lub współmałżonek źle się ubierze. Chcą mieć pewność, że wszyscy członkowie rodziny spełniają ich wymagania. Wtedy „sytuacja jest pod kontrolą". Ponieważ jednak rzadko udaje się w pełni sprostać temu „programowi" (dodajmy w duchu Jampolsky-'ego: „uzależnionego umysłu"), więc ciągle borykają się z uczuciami zażeno-

wania, wstydu i strachu. Z kolei poszukując rekompensaty za te nieprzyjemne doznania, nadmiernie skupiają się na własnych osiągnięciach. Są chwile, gdy wszystko idzie dobrze. Za moment jednak zjawia się coś, co wszystko niweczy, i znów nie można w pełni kontrolować sytuacji. Nie pozostaje nic innego, jak tylko desperacko starać się wzmocnić kontrolę. Nic dziwnego, że osoby żyjące w tym przeświadczeniu często są skrępowane i sztywne, gdyż boją się utracić kontrolę. Czasem zresztą uzależnienie od kontrolowania staje się tak intensywne, że udaremnia odpoczynek i odprężenie, czego prostym skutkiem może stać się sięganie po alkohol, narkotyk itp. Starając się przeciwdziałać tej serii przekonań umysłu uzależnionego, w naszych programach dla rodziców wprowadziliśmy zajęcia, które pozwalają na zajęcie się tylko sobą bez nadmiernego skupiania się na problemach dziecka: choreoterapię, arteterapię, muzykoterapię. Cieszą się one dużą popularnością wśród rodziców zmęczonych nieustającą kontrolą zachowania chorego dziecka.

Atak i obrona

Drugi zespół określany „atak i obrona" definiując przekonania:

1. Tylko atak i obrona zapewnią mi bezpieczeństwo.

2. Jeśli chcę zachować spokój umysłu i czuć się bezpiecznie, muszę osądzać innych i umieć się szybko bronić.

3. Jeśli mam przeżyć w tym świecie, muszę stanąć do walki z ludźmi. Czyjaś strata jest moim zyskiem.

Myślenie uzależnione charakteryzuje błędne koło ataku i obrony. „Jeśli wierzymy, że żyjemy sami dla siebie w świecie, w którym dóbr nie wystarczy dla wszystkich – pisze Jampolsky – logicznym wyjściem wydaje się obrona lub odwet. Mniemanie, że atak i obrona są sposobem zapewnienia sobie bezpieczeństwa, przypomina rzucanie bumerangiem z nadzieją, że nie wróci. Ilekroć atakujemy drugiego człowieka, pogłębia się nasze poczucie zagrożenia i wzrasta potrzeba obrony"[15].

Osoba myśląca w sposób uzależniony (sam uzależniony, ale także np. ojciec, matka) wierzy, że zachowa spokój umysłu, jeśli będzie przestrzegać następujących – niewłaściwych zasad:

– należy efektywnie, dokładnie i sprawnie analizować każdą osobę i sytuację, odwołując się do minionych, a nie teraźniejszych doświadczeń;

– analiza ma służyć osądzaniu i klasyfikowaniu;

– trzeba chwytać, co się da, bo nie wystarczy dla wszystkich;

– trzeba atakować wszystko i wszystkich, którzy mogliby stanowić zagrożenie.

W przypadku rodziców ten atak najczęściej dotyczy osób, sytuacji, okoliczności związanych z uzależnieniem dziecka. Oskarżanie innych, „czegoś" daje swoistą możliwość panowania, kontrolowania problemu uzależnienia.

15) Tamże, s. 65.

Gdy oskarżenia, ataki zaczynają dotyczyć ich samych bądź ich uzależnionego dziecka, wówczas pojawia się kolejna pułapka: atakując siebie, rodzice jeszcze bardziej osłabiają możliwości kontrolowania sytuacji. Zaczyna się również proces porównywania się z innymi: osoba taka czuje się wciąż od kogoś lepsza lub gorsza i od tego zależy jej poczucie własnej wartości. W konsekwencji izoluje się od innych, przestaje czuć z nimi łączność.

Czasem najtrudniej jest podczas pierwszych kontaktów z rodzinami i dzieckiem uzależnionym zatrzymać to błędne koło ataku i obrony. Rodzice wzajemnie oskarżają siebie o uzależnienie dziecka, oskarżają dziecko, dziecko oskarża ich i „wygrywa" ten, kto jest najsprawniejszy w obronie. Praca terapeutyczna polega przede wszystkim na rzeczowym, introspektywnym „rozmontowywaniu" mechanizmu „atak-obrona".

Perfekcjonizm i kara

Trzeci zespół określany „perfekcjonizm i kara" definiując przekonania:

1. Mój sposób postępowania jest jedynym słusznym. Moje spostrzeżenia są zawsze prawidłowe. Aby być z siebie zadowolonym, muszę zawsze być doskonały.

2. Za błędy muszę zostać ukarany. Nie mogę ich po prostu naprawić i wyciągnąć z nich wniosków.

3. Moje poczucie wartości zależy od tego, w jakim stopniu zdołam zadowolić ciebie.

Przekonanie typu: „mój sposób postępowania jest jedynie słuszny" zawiera ukryty element uzależnienia. Element ten polega na tym, że osoba uzależniona musi mieć zawsze rację; jeśli zaś jej nie ma, czuje wstyd, potępia się, pogłębia swój perfekcjonizm. Szacunek do samego siebie w sposób irracjonalny zależy tu od tego, czy przez cały czas ma się rację – jakakolwiek niedoskonałość jest nie do przyjęcia.

Myślenie uzależnione jest jednocześnie sędzią i strażnikiem więziennym. Pacjenci tak myślący są przeświadczeni, że muszą wciąż siebie osądzić i karać za każdą pomyłkę. Terapia zostaje „zablokowana", bowiem zostawiają sobie oni mało miejsca na rozwój. Takie przekonanie wraz z podejściem typu: „to ja mam zawsze rację" nieuchronnie rodzi konflikt wewnętrzny, a także staje się przyczyną konfliktów w ośrodku terapeutycznym. Terapeuta musi być tego świadom i powtarzać zaniepokojonemu pacjentowi: „Jeśli myślimy w ten sposób, sądzimy i karzemy siebie za każde najmniejsze przewinienie, a co za tym idzie, niewiele dowiadujemy się o miłości"[16].

Osoba uzależniona może też doprowadzić do perfekcji swoje zachowanie związane z zadowalaniem ludzi. I w tym miejscu wchodzimy już w naszą problematykę – kręgu rodzinnego (także terapeutów, członków

16) Tamże, s. 67.

społeczności terapeutycznej). „Uparte dążenie do satysfakcjonowania innych – stwierdza Jampolsky - wywołuje zagubienie własnego ja, tożsamości i może uzależniać równie silnie, jak narkotyki”[17]. To przeświadczenie jest jednym z głównych symptomów współuzależnienia, a także w przypadku niespełnienia drogą do uzależnienia alkoholowego lub narkotykowego. Rodzice dziecka uzależnionego mają poczucie, że muszą zostać ukarani za swoje błędy wychowawcze. W ten sposób jednak poddają się oni chorobie dziecka. Wymiernym efektem tego poddania jest obezwładniające uczucie bezsilności: próbując „nadrobić” błędy wychowawcze, chwytają się oni najróżniejszych sposobów, aby pomóc dziecku. Czasem przybiera to postać wędrówki po różnych terapeutach, spłacaniem olbrzymich długów dziecka, nagradzaniem za najmniejsze oznaki poprawy zachowania (np. zaprzestanie przyjmowania narkotyków przez tydzień itp.). Rodzice chcą w krótkim czasie stać się „doskonałymi rodzicami”. Praca nad tym wymiarem współuzależnienia opiera się głównie na konfrontowaniu ich z magicznym myśleniem, że jeśli teraz będą bardzo mocno okazywać dziecku uczucia, jeśli będą mniej kontrolujący (albo odwrotnie), to wówczas uzależnienie przejdzie tak, jak katar.

Strach i wina

Ostatni zespół określany „strach i wina” definiując przekonania:

1. Przeszłość i przyszłość są rzeczywiste, muszą być obiektem troski i podlegać ciągłej ocenie.
2. Nie mogę uciec od poczucia winy, ponieważ przeszłość żyje we mnie.
3. Strach istnieje. Nie próbuj temu zaprzeczyć.
4. To, jak się czuję, zależy od innych ludzi. Sytuacje zewnętrzne determinują moje przeżycia.

W systemie myślenia uzależnionego niemal wszystko ma tę samą wagę, wszystko musi podlegać jednakowej trosce. Osoba charakteryzująca się taką strukturą myślenia wszystko pamięta (przeszłość), martwi się każdą ewentualnością (przyszłość). Dlatego przeżywa ona silne poczucie winy za zachowania w przeszłości oraz stwarza sytuację, w której bezpieczna przyszłość jest nieosiągalna Skutkiem takiego myślenia jest jedynie utrwalenie wstydu i obniżenie poczucia wartości. Ten sposób przeżywania winy odbiera nadzieję. Myślenie uzależnione „gromadzi” pokłady strachu i „czuwa” nad tym, by pacjent nie kwestionował iluzorycznej podstawy, na której się ono opiera.

To właśnie na tym polega „gra w obwinianie”, którą uprawia często alkoholik lub narkoman - spokój umysłu zależy od łutu szczęścia, od innych, a nie od indywidualnego świadomego wyboru. Jeśli sytuacja sprzy-

17) Tamże, s. 73.

ja, sądzi on, że się udało i jest szczęśliwy; jeżeli zaś znajdzie się w „złej" sytuacji, myśli, że nie ma wyboru i musi być nieszczęśliwy. Myślenie tego typu skłania też do zrzucania odpowiedzialności za ból i nieszczęście na okoliczności i innych ludzi. „Nie brałbym, gdyby moje małżeństwo (praca, samochód, stosunki z rodzicami itd.) było lepsze" – słyszałam nieraz w toku mojej pracy terapeutycznej. Współuzależnieni zaś często mówili: „Gdyby tylko mój współmałżonek się zmienił, byłbym szczęśliwy"; „Gdyby tylko moje dziecko przestało brać, to wszystko by się zmieniło".

Ten wymiar przekonań jest chyba najtrudniejszy do zmiany. „Ja chyba do końca życia będę się bać" – słyszę od większości rodziców pacjentów. W pracy nad tym przekonaniem najbardziej istotne wydaje się uzyskanie przez rodziców, a także samego pacjenta wiedzy i przekonania, że uzależnienie jest „chorobą przewlekłą i z nawrotami". Rodzice, podobnie jak ich uzależnione dziecko, uczą się rozpoznawać sygnały nawrotu i dzięki temu zapobiegać pogłębianiu się choroby. Ale chyba przełomem w pracy nad przekonaniami o strachu i winie staje się dla rodziny pokonanie wstydu przed ujawnieniem problemu uzależnienia przed dalszą rodziną, znajomymi itp. Przykładem może być świadectwo jednej z matek, która dzieliła się swoim doświadczeniem z innymi rodzicami: „prawdziwym wyzwoleniem stało się dla mnie pokonanie strachu przed przyznaniem się koleżance w pracy, że mam uzależnione dziecko. To, że się otworzyłam, pozwoliło mi swobodnie oddychać. Już się nie bałam, że zwolnią mnie z pracy (często byłam mało skupiona). Zauważyłam też, że bardziej skupiłam się na mojej relacji z mężem, którą zaniedbaliśmy oboje".

Zakończenie

Z doświadczeń terapeutycznych płockiego Ośrodka „Jest czas" wynika jednoznacznie, że terapia rodzinna dotycząca zmiany przekonań uzależnionych jest doskonałą metodą systemowej pracy nad zdrowieniem całej rodziny, a objaw uzależnienia dziecka jest tylko punktem wyjścia do zmiany postawy rodziców sparaliżowanych przez poczucie winy i obarczonych obawami o przyszłość. Oczywiście nie oznacza to, że należy pozbawić rodzinę odpowiedzialności za zachowania jednego z jej członków. Chodzi o coś zgoła innego – o uświadomienie każdej osobie jej odpowiedzialności i o ukazanie możliwości współdziałania w leczeniu.

I jeszcze jedna uwaga. Lee Jampolsky określił jako osobę uzależnioną każdego, kto czuje się „niepełny" i uważa, że nie jest godny bycia szczęśliwym z taką strukturą osobowości, jaką posiada, jednym słowem – uważa, że nie zasługuje na miłość i szczęście. Tego typu myślenie kieruje naszą uwagę w stronę pewnego rodzaju „skryptów" – przekazów i mitów, które są realizowane w cyklach życia rodziny. W przypadku ro-

dzin z problemem uzależnienia mogą stanowić one doskonałe podłoże do podtrzymywania jego objawów, a rodziców utwierdzać w przekonaniu, że z pewnością nie mają szansy powodzenia formy terapii, które podejmują wraz z dzieckiem.

Bibliografia:

1. Jampolsky L., *Leczenie uzależnionego umysłu,* Warszawa 1992.

2. Kazdin A., *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania.* Programy profilaktyczne i lecznicze „Nowiny psychologiczne", 1996, nr 2.

3. Kooyman M., *Społeczność terapeutyczna dla uzależnionych,* Warszawa 2002.

2. Łukjaniuk J. (mps), *Obraz siebie w holitystycznym modelu rehabilitacji młodzieży uzależnionej od narkotyków,* APS, Warszawa 2004.

5. Rogala-Obłękowska J., *Młodzież i narkotyki. Rodzinne czynniki ryzyka nałogu,* Warszawa 1999.

6. Rogala-Obłękowska J., *Narkoman w rodzinie,* Warszawa 2002.

7. Sitek M., Ćmiel S. (red.), *Jaka Polska? Węzłowe problemy społeczeństwa polskiego*, WSNS, Mińsk Mazowiecki 2010.

8. Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki,* Warszawa 2002.