

System rodzinny w powstawaniu i terapii uzależnień

W codziennej pracy z osobami żyjącymi z uzależnieniem często nasuwają się pytania: Dlaczego, spośród wielu eksperymentujących z narkotykami, stosunkowo niewielu się uzależnia? Co chroni większość przed nałogiem? Po co inni się uzależniają?

Dziecko przychodzi na świat zupełnie zależne - niesamodzielne. Wychowanie to ewolucyjny, zorganizowany, świadomy i celowy proces uczenia progenitury samodzielności, i - o ile w ogóle istnieje - to kończy się najczęściej mniej więcej w początkowej fazie adolescencji.

I. RODZINA

to wielopokoleniowa grupa, tworzących skomplikowany system, osób:

- a) powiązanych ze sobą wieloma silnymi, zmiennymi, podatnymi na rozmaite wpływy wewnętrzne i zewnętrzne relacjami,
- b) przez długi czas uzależnionych od siebie uczuciowo, społecznie, materialnie, intelektualnie, bytowo,
- c) tworzących własne zindywidualizowane tradycje, normy, hierarchie, obyczaje, zasady i reguły postępowania,
- d) absorbujących kulturę otoczenia poprzez własne filtry emocjonalne, intelektualne, religijne, społeczne,
- e) mniej lub bardziej wyodrębnionych i wyróżniających oraz izolujących się od wpływów zewnętrznych,
- f) dążących do utrzymania właściwej dla siebie równowagi (homeostazy) w relacjach z innymi i w stosunkach ze światem.

Skuteczne wychowanie powinno w oparciu o znajomość temperamentu dziecka; pomagać mu stopniowo poznawać, rozumieć i wchodzić w otaczający świat; uczyć je samodzielnych wyborów oraz nieuchronności ponoszenia ich konsekwencji.

Tak rozumiany proces wymaga od rodziców/wychowawców:

- posiadania oraz systematycznego poszerzania wiedzy na temat rozwoju, temperamentu i predyspozycji dziecka, która jest dostępna na przyzwoitym poziomie w wielu popularnych opracowaniach.
- wiedzy na temat świata, w którym aktywnie żyje dziecko, w tym wiedzy o rówieśnikach - relacjach, obyczajach i normach, panujących w ich grupie (jest ona dostępna z pierwszej ręki, czyli

od samego dziecka/wychowanka, o ile rodzic/wychowawca zechce go bez komentarzy wysłuchać);

- cierpliwości, konsekwencji i racjonalnego dystansu do dziecka (są one osiągalne tylko wraz z pewną, podstawową dojrzałością psychiczną osoby „dorosłej”),
- uznania, że dziecko ma prawo do bycia sobą, ale też ma obowiązek ponoszenia konsekwencji uporczywości oraz niechęci do pracy i wysiłku.

Wielopokoleniowość w tradycyjnej rodzinie była zarówno „magazynem doświadczenia” jak i instancją odwoławczą. Pomagała utrzymać dystans do osób rodzinę tworzących, jednocześnie utrzymując silne granice wewnętrzne i wzmacniając normy i zasady moralne. Sztywność „rady starszych” była trenerem dla elastyczności młodzieży, zapewniając szanse dialektycznego ścierania się nowego ze starym.

Za rodziny „**zdrowe**”, czyli funkcjonalne, możemy za V. Satir uznać te, które we właściwy sposób realizują swoje funkcje. Właściwy sposób:

- uwzględnia specyfikę rozwojową każdego z uczestników życia rodzinnego,
- jest zbudowany na ogólnych zasadach moralnych i regułach życia w społeczeństwie,
- rozpoznaje i aktywnie reaguje na otoczenie w którym rodzina funkcjonuje
- jest na tyle elastyczny w swej konsekwencji, by każdy mógł w jego ramach realizować swój potencjał rozwojowy.

Podstawowymi funkcjami rodziny wg Satir są:

1. Seks.
2. Płodzenie dzieci.
3. Współpraca ekonomiczna pomiędzy rodzicami, oraz pomiędzy rodzicami a dziećmi.
4. Utrzymywanie granic pomiędzy pokoleniami.
5. Przekazywanie kultury dzieciom:
 - nauka ról rozumianych jako społecznie akceptowane sposoby zachowania,
 - uczenie jak radzić sobie z nieożywionym otoczeniem,
 - nauczanie dziecka komunikacji (mówienia i słuchania),
 - uczenie form i okoliczności wyrażania emocji oraz umiejętności ich kontrolowania,
6. Rozpoznawanie dorastania i zdolności do realizacji dorosłych ról.
7. Ewentualnie – zapewnienie opieki rodzicom przez dzieci,

Rodziny „**dysfunkcyjne**” (dysfunkcyjne), to takie, w których co najmniej jedna z powyższych funkcji nie jest realizowana, lub funkcje są realizowane nieharmonijnie (niewłaściwych proporcjach). Diagnozę dysfunkcyjności rodziny można opierać na np. Objawach nieprawidłowego funkcjonowania rodziny opisanych przez Popielarską i inn.

Rodziny „**patologiczne**” czyli rodziny z problemami: przestępczości, przemocy, molestowania, uzależnień, wykluczenia społecznego, bezradności i niesamodzielnosci rodziców, i inn.

Problemy rozwojowe dzieci i młodzieży (nerwice, depresja, stany psychotyczne i psychozy, samouszkodzenia, przemoc, uzależnienia i wiele innych), mogą pojawiać się w rodzinie zdrowej, dysfunkcyjnej jak i w rodzinie patologicznej. I odwrotnie zarówno rodzina patologiczna jak i dysfunkcyjna oraz oczywiście zdrowa może z sukcesem przeprowadzić proces wychowania.

Objawy nieprawidłowego funkcjonowania rodziny (Popielarska A. i inn.):

1. **Niewypełnienie podstawowych zadań opiekuńczych** rodziców wobec dzieci lub cedowanie ich na inne osoby – dziadków, sąsiadów, płatne opiekunki, starsze rodzeństwo, nauczycieli itp.

2. **Separacja emocjonalna** pomiędzy członkami rodziny – szczególnie jeśli występuje pomiędzy „członkami założycielami”; brak silnych pozytywnych więzi uczuciowych w rodzinie lub izolowanie się rodziny jako całości od innych ludzi.

3. **Nadmierna symbioza** między osobami tworzącymi rodzinę, niewypuszczanie dziecka/dzieci z „pola” oddziaływań rodziny, budowanie nadmiernej zależności uniemożliwiającej dziecku usamodzielnianie się. Wiązanie dziecka może odbywać się trojako:

a) poprzez **id**, kiedy rodzice w sposób jak najdoskonalszy zaspokajają popędy dziecka (potrzeby regresywne). Piedestałują dziecko, dając mu nadmierne poczucie znaczenia i komfortu, które przyczynia się do wytwarzania dużej zależności i powstania obawy a nawet niechęci przed usamodzielnieniem. Rodzice manipulują i wykorzystują dziecięce potrzeby zależności – dziecko staje się egocentryczne, zarozumiałe, bierne i zależne (infantylizowanie). Oczekuje od otoczenia gratyfikacji, zaspokajania rosnących potrzeb, podziwu, uznania i znaczenia. Świadomość nieadekwatności własnych oczekiwań w konfrontacji z ich ogromną siłą, rodzi bardzo silne napięcia. Takie dzieci jako nastolatki stają się bezwzględnyimi tyranami i paraliżują swoich zastraszonych, przepełnionych poczuciem winy rodziców stawiając im coraz częściej coraz większe żądania.

b) poprzez **ego**, kiedy własne normy i potrzeby rodzice dostosowują do norm i potrzeb dziecka, konstruując rodzinę na pozór partnerską. Rodzice wygaszają w ten sposób w dziecku potrzebę wyrwania się do grupy rówieśniczej – wykorzystują jego, przywiązanie by narzucić swoje zaburzone ego. Dziecko przyjmuje ich przekonania, normy i wartości za swoje – syndrom „starego maleństwa”- co czyni je niezdolnym do nawiązywania równorzędnych relacji z rówieśnikami. Rodzice tworzą mistyfikację przekazując dzieciom sprzeczne informacje - w efekcie dzieci nie potrafią odczytywać własnych wewnętrznych sygnałów („my wiemy lepiej kiedy jesteś

najedzony”).

c) poprzez **superego**, gdy rodzice pozornie pozwalają dziecku wychodzić poza rodzinę, ale łączą to wychodzenie z olbrzymim poczuciem winy dziecka, czyniąc je odpowiedzialnym za samopoczucie, zdrowie a czasem nawet życie rodzica/rodziców („zawsze odchorowuję gdy nie wiem gdzie jesteś, co robisz z kim się spotykasz etc.”; „ umieram z niepokoju gdy nie wiem co się z tobą dzieje” itp.). Dziecięca potrzeba lojalności jest tu zarówno wpajana jak i wykorzystywana. Takie wiązanie jest niesłuchanie „skuteczne” gdyż jest zbudowane na głębokim poczuciu lojalności i obowiązku wobec rodziców, nie jest uświadomione, wywołuje ogromne obciążenie emocjonalne, jest niesłuchanie stałe i trudne do przepracowania. Leży ono często u podłoża przyczyn rozpadu wielu związków uczuciowych.

Silne przywiązanie do rodziców może wywołać globalne reakcje przeniesieniowe, polegające na igrzysku do innych (np., pospieszne i dość przypadkowe wchodzenie w związki, których celem jest wyrwanie się z budzącego lęk związku z rodzicami)

4. **Nadopiekuńczość**, która często jest wyrazem postawy lękowej rodzica/ców, choć może być również maską zasłaniającą odrzucenie dziecka.

5. **Zaburzenia komunikacji:**

a) wszyscy muszą wszystko wiedzieć – brak jakiegokolwiek lub niewystarczająca strefa intymności,

b) brak przepływu informacji, brak komunikacji na temat spraw ważnych a szczególnie dotyczących przeżywanych emocji i uczuć,

c) „podwójne wiązania” sprzeczność komunikatów werbalnych i pozawerbalnych, nie wiadomo wówczas, które komunikaty są prawdziwe.

6. **Erotyzacja stosunku rodzic** – dziecko, ustawianie dziecka w roli partnera.

7. **Patologia ról** w rodzinie np., rola „kozła ofiarnego” przypisana jednemu dziecku (choremu, słabszemu, najmłodszemu).

8. **Zaprzeczanie istnieniu konfliktów** w rodzinie, opór przed ich ujawnianiem – uniemożliwia to rozwiązywanie tychże konfliktów.

Dobre więzi w rodzinie wydają się być jednym z głównych i podstawowych czynników chroniących dzieci przed uzależnieniami.

II. UZALEŻNIENIE.

Z biologicznego punktu widzenia jest to:

- **wyuczony** (nabyty, powstający w wyniku interakcji pomiędzy organizmem żywym a substancją psychoaktywną/czynnością gratyfikującą) **stan psychiczny, społeczny i fizjologiczny**,
- prowadzący do głębokich, rozległych i **destrukcyjnych zmian** w funkcjonowaniu organizmu,

wśród, których zawsze wyróżnia się:

* **nieodpartą potrzebę** (przymus) zażywania tej lub podobnej substancji/powtarzania tej lub podobnej co do efektów czynności/ stale lub okresowo, w celu doznania psychicznych efektów ich działania, lub dla uniknięcia dolegliwości spowodowanych ich brakiem (uniknięcia „zespołu abstynencyjnego“),

* **rosnącą tolerancję**.

W rozumieniu psychologicznym uzależnienie to rozrastająca się, regresywna postawa lękowo-ucieczkowa, której składowe – emocje, przekonania i zachowania - są nakierowane na osiągnięcie stanu przyjemności lub uniknięcia/rozładowanie napięcia.

SUBSTANCJĄ PSYCHOAKTYWNA jest każda substancja naturalna lub syntetyczna, która wprowadzona do organizmu znosi albo modyfikuje co najmniej jedną z jego funkcji.

CZYNNOŚĆ GARTYFIKUJĄCA to każda czynność, której realizacja prowadzi do osiągnięcia przyjemności lub uniknięcia nieprzyjemności. **ZALEŻNOŚĆ PSYCHICZNA** jest to nieodparta lub przemożna (czyli nie do odparcia wolną wolą lub przemagająca wolną wolę) potrzeba zażycia leku.

ZALEŻNOŚĆ SPOŁECZNA ma trzy aspekty:

- stygmatyzacyjny,
- „przynależnościowy”,
- autostygmatyzacyjny.

ZALEŻNOŚĆ FIZJOLOGICZNA („głód tkankowy”) - silna somatyczna reakcja na odstawienie substancji lub zaprzestanie powtarzania czynności.

TOLERANCJA organizmu na substancję/czynność to nieustanna konieczność zwiększania ilości zażywanej substancji/intensyfikowania czynności (jej nasilenia i/lub częstotliwości), niezbędnej do osiągnięcia oczekiwanych skutków.

III. POWSTAWANIE UZALEŻNIENIA.

Proces „nabywania” uzależnienia jest regresywny i najczęściej zachodzi w kryzysowych okresach rozwojowych, w których uzależniający się przebywa na stałe w rodzinie. Kryzysy są naturalnymi efektami procesów rozwojowych, lub mogą wynikać z działania traumatycznych doświadczeń rodzinnych lub zewnętrznych. Podstawowy czynnik kształtujący osobowość człowieka – temperament – w dużej mierze kształtuje odporność dziecka na frustrację jego potrzeb, oraz na stres związany nieuchronnie z procesami rozwoju i dorastania. Znajomość temperamentu dziecka, umiejętność dostosowania strategii, zadań i metod wychowawczych oraz zdrowe więzi w

rodziny sprawiają, że jej rola w profilaktyce uzależnień jest ogromna. Przełomowym w rozwoju kryzysem są okresy indywiduacji/separacji, które często zbiegają się z ze zmianami grupy odniesienia, oraz z adolescencją, związaną przejściem ze szkoły podstawowej do gimnazjum.

Podłożem rozwojowym uzależnienia jest **Syndrom Nałogowego Regulowania Uczuć**. Powstaje on w wyniku nieadekwatnego, (najczęściej nadmiernego, niedostatecznego, nieadekwatnego lub niejasnego) gratyfikowania dziecka, lub w sytuacji gdy dziecko odkrywa przyjemność z samogratyfikacji. Dziecięce manipulacje najczęściej są nakierowane właśnie na zdobycie dodatkowych lub nienależnych przyjemności. Skuteczne manipulowanie staje się natomiast podłożem dla rozwoju **Systemu Iluzji i Zaprzeczeń**, i **Mechanizmu Rozdwojenia Ja**. Te trzy postawy w zasadzie są już gotowym uzależnieniem.

Brak solidnych i mądrych granic w wychowaniu daje dziecku nieznośne poczucie nieadekwatności lub nadmierne poczucie mocy, u których podłoża leży bardzo głęboki lęk. Jeśli bowiem rodzice jako dorośli, nie są w stanie dziecka ograniczyć, powściągnąć, to są słabi. Słabi rodzice nie dają dziecku oparcia. Brak oparcia w rodzicach wywołuje w głębokich strukturach osobowości lęk, lęk przed własną słabością, lęk przed światem, lęk przed ludźmi. Przesiąknięte lękiem, słabe mechanizmy samoobrony, niewielkie możliwości samoregulacji, zależność od aprobaty społecznej, niska samoocena i brak wiary w siebie, generują lęk przed odrzuceniem i wykluczeniem społecznym, nasilając zachowania ucieczkowe.

Uzależnianie się dziecka nie może nie wpływać na funkcjonowanie rodziny. I choć wpływy te są najczęściej subtelne i przez stosunkowo długi czas niewidoczne, to wywołują silne zmiany w relacjach rodzinnych – kształtuje się „rodzina współuzależniona”.

IV. TERAPIA.

W praktyce ambulatoryjnej, dość często po pomoc zgłasza się tylko osoba współuzależniona (matka, żona, narzeczona, rzadziej ojciec, brat czy mąż). Typową reakcją – nie tylko terapeutów uzależnień - jest w takiej sytuacji zalecenie przyprowadzenia samego uzależnionego. Jeśli pacjent gotowości do terapii nie wykazuje, to powinien „dojrzewać do samodzielnej” decyzji. Takie zalecenie terapeutyczne, jest niesłuchanie trudne do przyjęcia dla osoby - co prawda „tylko” współuzależnionej - ale zaangażowanej uczuciowo, zdeterminowanej i bardzo mocno zmotywowanej do podjęcia (w zasadzie jakichkolwiek, dających choćby cień nadziei) działań sanacyjnych.

Podjęcie terapii „zaocznej”, w której nie uczestniczy sam WIP (Wyraźnie Identyfikowany Pacjent), a zmiany są realizowane przez jego rodziców/opiekunów, jest w zasadzie przywróceniem „naturalnego porządku rzeczy”, usprawnieniem funkcjonowania rodziny, która jako naturalne środowisko wychowawcze, samoreguje się i dopasowuje do otoczenia tak skutecznie, że staje się

układem homeostatycznym i samodzielnym. WIP, nie uczestnicząc bezpośrednio w procesie terapii, jest tym samym chroniony przed zaetykietowaniem.

W stacjonarnych systemach terapeutycznych pojawiają się pacjenci „przysłani”, a czasami nawet wręcz „namówieni” do przyjazdu. Rodzice, „terapeuci”, lekarze lub inne osoby, nie mające wyobrażenia o ogromnym trudzie i wysiłku wychodzenia z nałogu; obiecują uzależnionym-pacjentom „fajne warunki, siłownię, komputery, jazdy konne, żeglowanie, wyprawy w góry” lub inne formy aktywnego wypoczynku. Tymczasem po przyjeździe pacjent natyka się na ścisły ponad wyobrażenia regulamin, ostre ograniczenia i bezwzględne restrykcje co do spędzania wolnego czasu (o ile takowy w ogóle istnieje), ocięcie kontaktów z osobami z przeszłości, ograniczenie dostępu do TV i komputera, palenia papierosów, i ogólnie rozumianych swobód obywatelskich. Podjęcie terapii i wytrwanie w niej wymaga więc ogromnej determinacji i wolnej woli, której uzależnieni z definicji przecież nie mają. Bez silnej, głębokiej, osobistej motywacji samego pacjenta jak i jego najbliższych, nikt w takich warunkach nie wytrwa odpowiednio długo, a bez takich zaś warunków, trudno wyobrazić sobie skuteczną grupową terapię uzależnień.

Praca z rodziną może być samodzielnym zadaniem terapeutycznym lub może stanowić fragment większej całości. Podstawowy schemat decyzyjny, w którym głównym odbiorcą interwencji terapeutycznych jest sam uzależniony (WIP), można przedstawić następująco:

PROBLEM RODZINA	POZORNY	ZAAWANSOWANY (II i początki III etapu rozwoju uzależnienia)	POWAŻNY (III i IV etap rozwoju uzależnienia)
FUNKCJONALNA	Edukacyjna praca z rodziną, bez udziału dziecka (WIP-a).	Praca z rodziną – edukacja z elementami terningów. Ewentualnie skierowanie WIP-a na treningi: umiejętności, interpersonalne, zajęcia sportowe etc.	Terapia ambulatoryjna/terapia stacjonarna pacjenta. Treningi dla rodziny.
DYSFUNKCYJNA	Poprawa funkcjonowania rodziny oraz ewentualna terapia ambulatoryjna pacjenta.	Terapia rodziny, ambulatoryjna lub stacjonarna terapia pacjenta.	Terapia stacjonarna/terapia ambulatoryjna WIP-a (motywacja do leczenia stacjonarnego) oraz terapia rodziny
PATOLOGICZNA	Terapia ambulatoryjna/oraz terapia tych osób z rodziny, które decydują się w terapii uczestniczyć	Terapia stacjonarna oraz terapia rodzin (dla tych osób, które są w stanie podjąć i kontynuować decyzję o udziale w terapii)	Terapia stacjonarna z równoległą terapią rodziny, ewentualnie umieszczenie dziecka-pacjenta w placówce oświatowej lub opiekuńczej. Opieka postterapeutyczna.

POCZĄTKOWE POWODY PODJĘCIA PRZEZ PACJENTA TERAPII A JEJ EFEKTY:

Dla kogoś – motywacja zewnętrzna - (rodzice, policja, prokuratura, sąd, dłużnicy etc.).

Efekty obserwowalne w terapii:

- powierzchowne i nietrwałe zmiany zachowania,
- układowość,
- złośliwość,
- napięcie i agresja w relacjach,
- problemy z realizacją zadań terapeutycznych,
- chęć zerwania kontaktu terapeutycznego.

Dla siebie – motywacja wewnętrzna.

Efekty obserwowalne w terapii:

- rosnące **rozumienie** samego siebie, swoich nawyków, oczekiwań, nastrojów, humorów,
- konsekwentne, choć mniej lub bardziej skuteczne, **usiłowania zmiany** siebie – sposobu myślenia, zachowania, opisywania siebie i świata,
- odkrywanie swoich potencjalnych możliwości i zasobów, podejmowanie prób identyfikacji z nimi teraz oraz w przyszłości – po zakończeniu terapii,
- podejmowanie wysiłków w kierunku:

a) zastępowania destrukcyjnych nawyków nowymi - konstruktywnymi,

b) pozbywania się starych, szkodliwych przyzwyczajzeń, odcinania się od dawnych reakcji i środowisk,

c) wzmacniania nowych przyzwyczajzeń i umiejętności.

Takie podejście skutkuje postępami w terapii i skutecznym zakończeniem leczenia.

Tempo z jakim pacjent jest w stanie przekształcać motywację zewnętrzną w zinternalizowany system norm, zasad i wartości, kierujących jego aktualnymi działaniami, decyduje o efektach terapii. Przekształcanie odbywa się często w trakcie procesu zmiany, towarzyszy najczęściej kryzysom występującym w czasie terapii i jest dowodem rozwoju terapeutycznego pacjenta.

Terapię można podzielić na etapy:

0. Okres **destrukcyjnego życia** nałogowca, stanowiący przygotowanie (w znakomitej większości przypadków) do podjęcia decyzji o leczeniu. Ważne są tu wszystkie negatywne zjawiska i doświadczenia osoby zainteresowanej, które wynikając wprost lub nie wprost z nałogowego stylu życia, utrudniają lub wręcz uniemożliwiają jej w miarę „normalne” funkcjonowanie w świecie (utrzymywanie bliskich i prawdziwych relacji z ludźmi, pracę, rozwój, wypoczynek i rekreację, itp). Osoba uzależniona, tylko ponosząc konsekwencje swojego stylu życia, może dojść do przekonania, że jest on bardzo kosztowny i męczący, i że być może opłacałoby się zmienić ten styl na "trzeźwy". Zadaniem rodziny jest tu umożliwienie choremu konfrontacji ze skutkami jego choroby. Choroby "bezobjawowe" są najbardziej podstępne i niebezpieczne – nie dając edwidentnych, obserwowalnych gołym okiem objawów, nie skłaniają do podejmowania działań sancyjnych. Dopiero dyskomfort i dolegliwości związane z objawami skłaniają chorego do pokory, uznania faktu choroby i podjęcia leczenia. Współuzależnienie to chronienie chorego przed konsekwencjami – niesłuchanie ryzykowne przedłużanie ogólnego cierpienia całej rodziny.

1. Okres podejmowania decyzji o leczeniu – czyli o świadomym choć niedobrowolnym zrywaniu z obiektem/obiektami nałogu. Jest on wynikiem rozciągniętej w czasie i narastającej dominacji cierpienia nad przyjemnością. Jest ono jest coraz dotkliwiej odczuwane przez uzależnioną osobę z dwóch powodów:

- Efekty euforyzujące każdego uzależnienia ulegają habituacji wraz z upływem czasu i nie dają już spodziewanych odczuć.
- Negatywne i destrukcyjne konsekwencje uzależnienia coraz dotkliwiej dają o sobie znać, bo się kumulują, są coraz bardziej bolesne i coraz dłużej się utrzymują. Jeśli rodzina umie konsekwentnie podtrzymywać granice wcześniej już ustanowione, chory wzmacnia motywację do leczenia i do podjęcia terapii. Podejmowane przez chorego próby wycofania się z decyzji, muszą być tu systematycznie i niesłuchanie konsekwentnie konfrontowane.

2. Okres leczenia i terapii - nieustannego budowania motywacji - który może przebiegać w formie ambulatoryjnej, stacjonarnej lub w grupach samopomocowych.

Leczenie – rozumiane jako detoksykacja w warunkach szpitalnych, (o ile jest ona niezbędna), trwa z reguły od kilku dni do trzech tygodni.

Terapia ambulatoryjna odbywa się w ściśle ustalonych przez terapeutę i pacjenta terminach, często w terapię mogą być angażowane inne osoby (rodzice, rodzeństwo, małżonkowie,), czas trwania terapii ambulatoryjnej to od dwóch do sześciu lat.

Terapia stacjonarna odbywa się w miejscu, w którym pacjenci wspólnie - najczęściej przy zastosowaniu metody społeczności terapeutycznej - leczą się z uzależnienia. Trwa od trzech miesięcy (programy krótkoterminowe, najczęściej nastawione na budowanie motywacji do leczenia) do dwóch lat. W programach stacjonarnych pacjenci przechodzą przez opisane stopnie zaawansowania. W znakomitej większości systemów terapeutycznych, rodzice są angażowani w terapię, choć często efekty tego zaangażowania nie są wystarczające.

Grupy samopomocowe najczęściej są to otwarte, systematyczne, spotkania osób żyjących z jakimś problemem, prowadzone przez „neofitów” czyli osoby, które poradziły sobie z własnym nałogiem dzięki wsparciu innych neofitów.

Przez cały okres trwania terapii, pacjent potrzebuje jasnej świadomości, że jego zadaniem jest realizacja pełnego cyklu terapeutycznego, że jeśli wcześniej opuści system terapeutyczny czy zerwie indywidualny kontrakt, będzie to traktowane jak powrót do nałogu. Jasno ustanowione granice pomagają w budowaniu i podtrzymaniu motywacji do zdrowienia.

3. Okres opieki postterapeutycznej. Ponieważ uzależnienie jest chorobą nieuleczalną - można ją tylko zaleczyć - to każdy uzależniony do końca życia, lub do końca abstynencji, wymaga podtrzymywania efektów terapeutycznych uzyskanych w trakcie leczenia. Podtrzymywanie może być realizowane w **grupach wsparcia**, może się odbywać w formie psychoterapii indywidualnej i/lub grupowej, może być również wynikiem podtrzymywania kontaktu z ośrodkiem, w którym pacjent ukończył z powodzeniem terapię. Również rozmaite treningi (np. TAZA, umiejętności społecznych, interpersonalny, etc.), warsztaty rozwoju osobistego, terapia rodzin, czy inne formy rozwoju i podtrzymania zmian uzyskanych w czasie leczenia, są czynnikami decydującymi o trwałości efektów

terapeutycznych.

Wychodząc z uzależnienia, opuszczając ochronne środowisko spotkań indywidualnych czy społeczności terapeutycznej, dzieci, młodzież i młodzi dorośli, jeszcze niesamodzielni życiowo ale mający rodziny, są skazani na ich wsparcie. Powrót do dysfunkcyjnej rodziny współuzależnionej, w której role, reguły, zasady i normy zachowania nie uległy zmianom, w praktyce musi doprowadzić do reaktywacji nałogu i nawrotu choroby. Możliwość udzielenia wsparcia zaleczonemu pacjentowi oraz tego wsparcia skuteczność, nie zależy tu już od dobrych chęci, ale od rodzaju, głębokości i trwałości zmian, które w rodzinie zaistnieją, w czasie równoległej lub wyłącznej „grawitacyjnej” terapii rodzinnej. Na podstawie wieloletniego doświadczenia, można również przypuszczać, że samo oddziaływanie na pacjenta jest głęboko niewystarczającą metodą pracy z uzależnionymi. Zaoczna, „grawitacyjna” praca rozwojowo-terapeutyczna z rodziną, jest zdecydowanie bardziej skuteczną, choć trudniejszą i pochłaniającą więcej czasu, metodą terapii. Głównym zadaniem takiej terapii, jest przywrócenie rodzinie funkcjonalności. Funkcje rodziny opisane przez V.Satir mają tę zaletę, że są stosunkowo prosto sformułowane i w związku z tym łatwo je „zoperacjonalizować” i przekazać zarówno rodzicom/opiekunom, jak i – ewentualnie - samemu uzależnionemu.

PODSUMOWANIE.

Zarówno w powstawaniu uzależnienia, jak i w jego leczeniu wkład rodziny jest dominujący. To rodzina ma tak wychować potomstwo, by było samodzielne, zdrowe i twórcze. To również rodzina ponosi konsekwencji nieumiejętnego, i nieskutecznego wychowania. Terapia bez współpracy z najbliższymi coraz częściej zawodzi. Nawet osoby dorosłe, nie zawsze są w stanie w pełni samodzielnie poradzić sobie we współczesnym świecie. Okres przejścia z ochronnego trybu życia w obrębie terapii, do samodzielności w świecie zewnętrznym wobec terapii jest bardzo trudny. Mądre wsparcie bliskich może być jedynym czynnikiem wspierającym dla "neofity". Alternatywą są grupy wsparcia, które jednak powinny być dopełnieniem relacji z najbliższymi. Rodzina, nawet jeśli nie jest w stanie uchronić dziecka przed nałogiem, ma jednak obowiązek dołożenia wszelkich starań, by zdrowiejącą osobę wspierać.

Źródła inspiracji:

Górska T. i in. (red. nauk.), Mózg a zachowanie. Wyd III.

Jampolsky L., Leczenie uzależnionego umysłu,
Satir V., - Rodzina. Tu powstaje człowiek. - Terapia rodziny. Teoria i praktyka.
Haley J., Niezwykła terapia.
Eichelberger W., Zdradzony przez ojca.
MacKenzie R., Kiedy pozwolić, kiedy zabronić...?
Biddulph S., - Wychowywanie chłopców. Męskość.
Preuschoff G., Wychowywanie dziewcząt.
Covey St., Siedem nawyków skutecznego działania.
Popielarska A., i inn. Psychiatria wieku rozwojowego.
Dobson R., Narkotyki.
Skynner R., Cleese J., Życie w rodzinie i przetrwać.
Johnson S.M., - Style charakteru.
- Przemiana charakterologiczna. Cud ciężkiej pracy.
- Humanizowanie narcystycznego stylu.
- Osobowość symbiotyczna i jej leczenie.
Ashner L., Meyerson M., Kiedy rodzice kochają za bardzo.
Beattie M., Koniec współzależnienia.
Namysłowska I., Terapia rodzin.

J. Koczberski, Lublin.