

mgr Andrzej Tomczyk,

Zakład Poprawczy i Schronisko dla Nieletnich w Raciborzu

ROZDZIAŁ I

ALKOHOL I JEGO MIEJSCE W SPOŁECZEŃSTWIE

Alkohol, a przede wszystkim skutki jego spożywania, są obecne w życiu człowieka od najdawniejszych czasów. Dość słowem wstępu wspomnieć tylko o znalezisku odkrytym na terenie Clairvoux, gdzie znaleziono kamienne naczynia z epoki kamienia łupanego, które ludziom pierwotnym służyły do przetrzymywania łagodnego piwa lub wina. Nie wiadomo, jaki rodzaj alkoholu pojawił się jako pierwszy – wino, piwo czy miód pitny – jednak historycy są zgodni, iż w okresie neolitu alkohol był już wszechobecny¹. Prawdziwa kariera alkoholu to okres kultury antycznej, kiedy wina używano podczas obrzędów ku czci bogów (Ozyrysa, Dionizosa, Bacchusa) wylewając je nie tylko na ziemię i ołtarz, ale przede wszystkim spożywając jako element rytuału.

Z czasem spożywanie alkoholu upowszechniło się w formie biesiad, by rychło zmienić się w zwyczaj, w którym alkohol stał się nieodłączną częścią posiłków i został uznany za istotny składnik pożywienia. Odkryto, iż alkohol w znacznym stopniu ułatwia zabawę i uprzyjemnia wszelkie uroczystości. Choć był o wiele droższy i niebezpieczniejszy od wody, to jednak liczyły się przede wszystkim jego efektywne walory. W średniowieczu alkohol przeniknął już do niemal wszystkich dziedzin ludzkiej aktywności – towarzyszył narodzinom, zawieraniu małżeństw, śmierci, wizytom dyplomatycznym, koronacjom, wszelkim obradom. Klasztory stały się miejscem, w których podróżni nie tylko wypoczywali, ale gdzie oddawali się korzystaniu z dobrodziejstw wina.

¹ Zob.J. Kinney, G. Leaton, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa 1996, s. 19.

Doszedłszy do wniosku, iż alkohol jest cudownym panaceum na ból duszy człowiek skierował swą uwagę ku jego leczniczym właściwościom. W ten sposób rozpoczęła się kariera alkoholu jako lekarstwa. Odkryto jego działanie odkażające i znieczulające, stosowano go do sporządzania balsamów i płynów uśmierzających ból. Święty Paweł w swoim *Pierwszym liście do Tymoteusza* tak oto doradzał biskupowi kościoła w Efezie [1 Tm, 5, 23 – 24]: „*Siebie samego zachowaj czystym! Samej wody już nie pij, używaj natomiast wina ze względu na twój żołądek i częste twe słabości*”². Likieri były uznanym środkiem zmieniającym nastrój, naturalnym lekiem uspokajającym.

Właściwa kariera alkoholu jako środka prowadzącego do uzależnienia rozpoczęła się w X wieku, kiedy arabskiemu lekarzowi imieniem Phazes udało się otrzymać destylowany spirytus. Wówczas wokół alkoholu wytworzyła się aura specyficznej tajemniczości. Dość wspomnieć, iż zaczęto go nazywać *eau – de vie, aqua – vitae*. Rozmiar spożycia alkoholu, sposób podejścia do niego jest niewątpliwym świadectwem znaczenia, jakie mu nadawano. Alkohol przeniknął wszędzie, a uprawa winorośli i produkcja alkoholu w pewnych regionach świata zostały uznane za czynniki powodujące intensywny rozwój gospodarki.

1. PSYCHOLOGICZNE I PEDAGOGICZNE KONCEPCJE DOTYCZĄCE ALKOHOLIZMU I CHOROBY ALKOHOLOWEJ. PODSTAWOWE POJĘCIA METODOLOGICZNE. ETIOLOGIA ALKOHOLIZMU .

Zatem alkohol zaistniał. Nasze pierwsze kontakty z tym specyfikiem miały różny charakter – od okolicznościowych imprez, w czasie, których dla zabawy pozwalano nam umoczyć usta w piwie, poprzez noworoczny toast szampanem, po ślub kogoś ze znajomych. Jeżeli nawet komuś udało się w ogóle nie spróbować alkoholu, to najprawdopodobniej zetknął się z nim w jednym z wyżej opisanych wariantów. Jedno co można stwierdzić z niemal całkowitą pewnością to fakt, iż każdy człowiek doświadczył w bezpośredni lub pośredni sposób skutków spożywania alkoholu. Mogły to być skutki

² *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań – Warszawa 1971, s. 1350.

zwodniczo określane jako pozytywne – wzrost dobrego samopoczucia, odprężenie – lub dramatyczne, a nierzadko tragiczne skutki wynikające z ostatecznej, zejściowej fazy uzależnienia³. Ta wszechobecność alkoholu wynika z faktu, że jest on najprostszym i najskuteczniejszym środkiem do manipulowania doznaniem neurotransmisyjnymi samego siebie lub innych ludzi. Pisze Stach: „*To, co pojawia się w odczuwaniu, to co jest treścią życia psychicznego, w wyniku takiej manipulacji posiada wszelkie znamiona szeroko rozumianej nagrody*”⁴.

Uwaga badaczy próbujących wyjaśnić zachowania związane z piciem zazwyczaj koncentrowała się wokół alkoholizmu, a nie samego spożywania alkoholu. Tym niemniej stawiano różne hipotezy zmierzające do odpowiedzi na zasadnicze pytanie - „Dlaczego?”. Freud twierdził, iż w okresach niepokoju ludzie wracają do sposobów, które w przeszłości pomagały im w podobnych sytuacjach. Według tej teorii, aby zmniejszyć lęk wybieramy te zachowania, które kojarzą nam się z sytuacją, w której ostatnio czuliśmy się najbezpieczniej. W takim wypadku, w stresujących sytuacjach użyjemy ust (jedzenie, picie, palenie), w celu zmniejszenia napięcia. Ten fenomen nazywany jest *fiksacją oralną*⁵.

Inną wersję teorii dotyczącej przyczyn picia alkoholu zaproponował zespół naukowców pod kierunkiem Davida Mc Clellanda. Poddali oni ocenie ludowe opowieści pochodzące z populacji spożywających duże i niewielkie ilości alkoholu. Ich badania nie wykazały jednak większej potrzeby redukcji lęków w społeczności pijącej dużo w porównaniu z tą, gdzie piło się mniej. Po drugiej serii badań stwierdzili natomiast, iż ludzie piją po to, aby doświadczyć poczucia mocy. Odkryto ponadto, że owo poczucie siły może przybierać dwie różne formy, zależnie od osobowości pijącego⁶. Niezależnie zaś od istoty definicji musimy mieć tę bolesną świadomość, że za każdą z nich kryje się człowiek w jakiś sposób skazany na cierpienie i destrukcję psychiczną. Jest bowiem faktem, iż sama już obecność alkoholu może prowadzić do zaburzeń społecznych i znacznych kosztów ponoszonych tak przez pojedynczego człowieka, jak i przez społeczeństwo.

³ Zob. R. Stach, *Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość przeciwdziałania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1991, s. 45.

⁴ Jak wyżej.

⁵ Hryniewicz L., *Kliniczne zagadnienia alkoholizmu*, Warszawa 1986, s.23.

⁶ Por. J. Kinney, G. Leaton, *op. cit.*, s. 25.

Czym zatem jest alkoholizm? Kto to jest alkoholik? Odpowiedzi jest tyle samo ile źródeł, w których owych odpowiedzi poszukujemy. Słownik Webstera podaje nam takie oto znaczenie przyrostkowego formantu – *ic*: oznacza osobę mającą charakter lub naturę czegoś, osobę należącą lub łączącą się z czymś; osobę wykazującą coś lub czymś dotkniętą. Dodając ten przyrostek do słowa *alcohol* tworzymy słowo, które oznacza kogoś, kto obraca się w sferze alkoholu. W tym miejscu warto podkreślić fakt, iż dyskusja nad alkoholizmem i tym, kogo nazywamy alkoholikiem posiada stosunkowo krótką historię. Co prawda ludzie głęboko uwikłani w kłopoty z alkoholem byli od wieków zauważani, jednakowoż ich istnienie traktowane było jako fakt, bez głębszej analizy tego zjawiska.

Wraz z rozwojem nauki i postępem prac badawczych stworzenie rzeczonych definicji stawało się coraz bardziej skomplikowane. Oprócz uświadomienia sobie tego, iż niektórzy ludzie różnią się w istotny sposób od tych, którzy piją z umiarkowaniem, stwierdzono, iż ponad wszelką wątpliwość również alkoholicy nie są tacy sami. To pociągnęło za sobą konieczność stworzenia dokładnej definicji problemu.

E. M. Jellinek, pionier nowoczesnych badań nad uzależnieniem, za alkoholizm uważał „wszelkie używanie napojów alkoholowych, które powoduje szkody indywidualne, społeczne lub jedne i drugie⁷”. Z kolei Marty Man, jeden z założycieli NCA, Narodowej Rady do Spraw Alkoholizmu twierdził, iż alkoholik jest bardzo ciężko chorą osobą, ofiarą podstępnej, postępującej choroby, nader często mającej fatalny koniec⁸. Dodawał też, że alkoholik może być rozpoznany i skutecznie leczony.

Mark Keller, były wydawca pisma *Badania nad alkoholem* uważał, iż alkoholizm jest przewlekłą chorobą, która objawia się powtarzającym się pićciem, prowadzącym do trwałego uszkodzenia zdrowia lub do upośledzenia społecznego lub ekonomicznego funkcjonowania alkoholika⁹.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła omawiane pojęcie następująco: *”Każda forma picia, która przekracza zwyczajowe i tradycyjne stosowanie alkoholu, wykraczająca poza istniejące w danej wspólnocie normy społeczne dotyczące picia, niezależnie od czynników etiologicznych prowadzących do tego rodzaju zachowań,*

⁷ E.M. Jellinek, *Stadia nałogu alkoholowego* [w:] *Nowiny Psychologiczne* 1987, nr 3.

⁸ M. Mann, *Uzależnienie i taska*, Poznań 1994, s. 149.

⁹ M. Keller, *Wybrane poglądy na naturę nałogu*, „ *Nowiny Psychologiczne*” 1987, nr 3.

niezależnie również od tego, w jakim stopniu te czynniki etiologiczne związane są z dziedzicznością, konstytucją czy nabytymi wpływami patofizjologicznymi i metabolicznymi”¹⁰.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego definicja alkoholizmu obejmuje osoby, których spożycie alkoholu jest tak duże, iż niszczy ich zdrowie fizyczne lub zaburza osobiste czy społeczne funkcjonowanie, albo też kiedy picie jest wstępnym warunkiem do normalnego funkcjonowania¹¹.

Do tych kilku zebranych definicji dodajmy także te, które słyszymy na co dzień: „alkoholizm jest chorobą”, „to jest najgroźniejszy problem”, „kiedy ktoś jest pijany przez cały czas”. Definicje powstające w gabinetach specjalistów, chociaż wzajemnie nie są ze sobą sprzeczne, koncentrują się na odmiennych aspektach. Niektóre z nich mają charakter czysto opisowy, inne zaś próbują dociec przyczyn problemu. Liczne definicje skupiają się na konsekwencjach wynikających ze spożywania alkoholu, a jeszcze inne ogniskują się na objawach, zwłaszcza na obawie utraty kontroli lub częstości upijania się.

W roku 1977 WHO podjęło działania zmierzające do uproszczenia nazewnictwa. Pojęcie *alkoholizm* zastąpione zostało przez *zespół uzależnienia od alkoholu*. Pojawiły się także dwa oddzielne zespoły wiążące się z alkoholem: *nadużycie alkoholu i uzależnienie od alkoholu*. *N a d u ż y c i e* charakteryzuje się niewłaściwym wzorem stosowania alkoholu lub takim jego stosowaniem, które prowadzi do zagrożenia zdrowia fizycznego. Natomiast drugi w wymienionych zespołów *u z a l e ż n i e n i e* charakteryzuje się zależnością psychiczną, sprawiającą, że picie staje się główną czynnością, spychającą na drugi plan inne działania, albo też pojawieniem się negatywnych skutków picia alkoholu; może również wiązać się z wystąpieniem objawów zależności fizycznej.

Rozpatrując dostępne definicje należy się zastanowić, która z nich jest najwłaściwsza, która z nich w sposób najbardziej kompletny nie tylko z heurystycznego punktu widzenia opisuje istotę i złożoność problemu uzależnienia od alkoholu. Skąd bowiem wiadomo, czy picie w wypadku konkretnej jednostki mieści się w granicach normy, czy też poza te normy wykracza? Wreszcie, która z definicji odnosi się tak do początkowego stadium choroby alkoholowej, jak i jej zaawansowanego stadium. To ostatnie pytanie wydaje się bardzo istotne, gdyż społeczne postrzeganie alkoholików sytuuje ich z

¹⁰ V. E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1991, s. 26.

¹¹ Cyt. za: J. Kinney, G. Lepton, *op. cit.*, s. 64.

reguły w końcowej fazie choroby. W świetle badań stanowi to ledwie 5% grupę, podczas gdy 95 % objętych badaniami znajdowało się w początkowym stadium alkoholizmu¹². Dla potrzeb tej pracy przyjmę następującą definicję alkoholizmu: *Alkoholizm to choroba polegająca na kontynuowaniu konsumpcji alkoholu przez daną osobę, pomimo iż powoduje to komplikacje w jakiegokolwiek dziedzinie życia.*

Podobnie uważa M. Johnson. Twierdzi on, iż jeżeli zażywanie alkoholu powoduje uszkodzenia w życiu osobistym, społecznym, duchowym lub ekonomicznym jednostki, a mimo to nie kończy ona swoich kontaktów z alkoholem, to mamy wówczas do czynienia ze szkodliwym uzależnieniem.

Tak więc podstawowym wskaźnikiem obecności uzależnienia jest każdy fakt kontynuowania picia, pomimo sygnałów o szkodach i problemach powodowanych przez owo uzależnienie. Oznacza to, że dana osoba poprzez swe postępowanie pokazuje, iż zażycie alkoholu jest dla niej celem daleko ważniejszym niż inne dobra osobiste, społeczne czy moralne.

J. Szczepański uważa, że ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremonialnych, w związku z zabawą, dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo.

A. Kępiński wyróżnił następujące style picia:

- neurasteniczny – dla redukcji zmęczenia i rozdrażnienia,
- kontaktywny – dla uzyskania lepszego kontaktu z innymi ludźmi,
- dionizyjski – w celu uzyskania oszołomienia i ucieczki od rzeczywistości,
- heroiczny – dla osiągnięcia poczucia mocy,
- samobójczy.

Jednocześnie niektórzy badacze odnieśli się z krytycyzmem do koncepcji uznającej alkoholizm za jedną z chorób. Najczęściej stawiany był zarzut zbyt dużego nacisku, jaki koncepcja ta kładła na rolę lekarza w terapii tego zaburzenia. Uważano, iż lekarz nie jest odpowiednio przygotowany do pełnienia poradnictwa. W związku z tym doktorzy byli potępiani za brak należytego zainteresowania i uwagi dla problemów łączących się z alkoholizmem. Teoria przedstawiająca alkoholizm jako chorobę była też krytykowana za to, iż mogła stać się wymówką typu: *Nie potępiaj mnie, jestem chory.*

¹² Por. J. Kinney, G. Leaton, *op. cit.*, s. 65.

Interesującą koncepcję dotyczącą alkoholizmu stworzył E. M. Jellinek. W jednym z pierwszych swoich badań, opublikowanych w roku 1952, sporządził on listę objawów towarzyszących uzależnieniu od alkoholu. Odkrył on schemat pojawiania się oznak alkoholizmu, zademonstrował postępującą naturę choroby w kategoriach narastających zaburzeń funkcjonowania. Objawy alkoholizmu wykazywały tendencję do układania się w pewne zespoły, co pozwoliło Jellinkowi na podzielenie uzależnienia od alkoholu na cztery fazy: *picie towarzyskie*, *faza ostrzegawcza*, *faza krytyczna*, *faza chroniczna*.

W *fazie picia towarzyskiego* motywy skłaniające do spożywania alkoholu mają charakter socjologiczny. Przyszły alkoholik zaczyna doświadczać złagodzenia napięcia psychicznego pod wpływem spożytego alkoholu. W pewnym momencie uświadamia sobie istniejący związek między dobrym samopoczuciem a piciem alkoholu. Dla obserwatora z zewnątrz jego zachowanie nie jest jeszcze dziwne. Faza ta może trwać od kilku miesięcy do około dwóch lat. W tym czasie stopniowo rozwija się tolerancja alkoholowa.

Niespodziewanie pojawia się *faza ostrzegawcza*. Według Jellinka znakiem rozpoznawczym tej przemiany są tzw. *urwania filmu.*, czyli okresy niepamięci po spożyciu alkoholu. Osoba pozornie zachowująca się normalnie, nie może sobie przypomnieć, co się wcześniej wydarzyło. Pojawiają się sygnały, iż alkohol zaczął stawać się potrzebą. Pomimo iż w tej fazie konsumpcja alkoholu jest spora, nie musi wywoływać podejrzeń. Ten okres może trwać od 6 miesięcy do 5 lat, w zależności od środowiska, w którym przebywa pijący.

Trzecia faza jest *fazą krytyczną*. Kluczowym objawem u pijącego w tym okresie jest utrata kontroli nad piciem. Wypicie drinka wyzwala łańcuch reakcji. Potrafi jeszcze decydować, czy w ogóle sięgnie po alkohol czy nie, możliwe są więc pewne okresy abstynencji. Życie zaczyna kręcić się wokół alkoholu, związki rodzinne czy towarzyskie ulegają degeneracji. Nierzadko ma miejsce pierwszy pobyt w szpitalu wywołany zatruciem.

Ostatnim etapem omawianego procesu jest *faza chroniczna*. Spożywanie alkoholu rozpoczyna się od rana, stan nietrzeźwości pojawia się niemal codziennie. Alkoholik jest stopniowo spychany na margines społeczny. W tym okresie pojawiają się zmiany fizyczne. Gwałtownie obniża się tolerancja alkoholu. Występują drżenia.. Kiedy jest trzeźwy, nie potrafi wykonać wielu podstawowych czynności. W końcu przestaje działać system racjonalizacji. Wymówki faktycznie stają się wymówkami¹³.

¹³ Zob. E. M. Jellinek, *Koncepcje choroby alkoholowej*, Warszawa 1967.

Równie interesującą koncepcję patologizacji życia, a także powstawania uzależnień od alkoholu przedstawili S.G.Kellam i M.E. Ensminger w 1980 r.

Oparli się oni na koncepcji *pól społecznych*. Zgodnie z nią, życie człowieka przechodzi przez poszczególne etapy, w ramach których występują różnorodne przełomy, prowadzące niejednokrotnie do kryzysów. Na każdym etapie rozwoju jednostka znajduje się w specyficznym polu społecznym, w którym obok niej występują także inne osoby, a wśród nich tzw. *naturalni taksatorzy*. Ich zadaniem jest wyznaczanie obowiązków społecznych i ocenianie adekwatności jednostkowych osiągnięć na tym polu. Autorzy wyróżniają sześć etapów życia, które rozciągają się między narodzinami a śmiercią. W poszczególnych etapach / niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa, dzieciństwa, dojrzewania, wieku średniego i wieku starczego / człowiek porusza się w obrębie sześciu głównych pól społecznych: rodziny / naturalnymi taksatorami są tu rodzice /, szkoły / naturalnymi taksatorami są nauczyciele /, grupy rówieśniczej / rówieśnicy /, pracy / współpracownicy i przełożeni/, własnej prokreacji / przeciwna płeć /, prokreacji własnego dziecka / taksatorami są dorosłe dzieci i wnuki /.

Niezwykle istotną rolę pełnią tu taksatorzy. Oni to właśnie w głównej mierze warunkują prawidłowość procesu społecznej adaptacji. Prawidłowość oddziaływań poszczególnych pól społecznych warunkuje uzyskanie dobrego samopoczucia (i w związku z tym normy psychicznej), natomiast wadliwe wpływy społeczne zaburzają funkcjonowanie psychiczne i powodują powstawanie rozmaitych patologii, w tym oczywiście uzależniania od alkoholu.

Według koncepcji Richarda i Shirley Jessor z roku 1978, zachowanie dewiacyjne jest konsekwencją wzajemnych interakcji między trzema grupami zmiennych: zmiennych uprzednich i marginalnych, zmiennych społeczno - psychologicznych i zmiennych zachowania społecznego. Pierwszą grupę zmiennych stanowią struktura społeczno - demograficzna, obejmująca wykształcenie rodziców i strukturę rodziny drugą zaś stanowią przekonania rodziców, klimat domowy, wpływy rówieśników. Stopień prawidłowości wzajemnych interakcji między tymi grupami zmiennych wpływa decydująco na określone zachowania człowieka.

Sandra Coleman, opierając się na własnych doświadczeniach z pracy terapeutycznej, opracowała koncepcję, w której wskazuje na rolę, jaką w zaistnieniu i rozwoju uzależnienia jednostki odgrywa doświadczany przez nią problem śmierci. Badaczka przyjmuje, iż umierający członek rodziny osiąga w niej specjalny status i może dostarczyć symbolicznej reprezentacji wszystkich zmarłych dotychczas przodków. W czasie swej pracy terapeutycznej zauważyła, że w rodzinach osób uzależnionych dość powszechnie występowały uprzednio przypadki przedwczesnej i nieoczekiwanej śmierci, które wywarły wielkie wrażenie na pozostałych członkach rodziny. badania przeprowadzone przez Coleman potwierdziły, że blisko 48% rodzin przez nią badanych doświadczyło łącznie śmierci i alkoholizmu.

Model rodziny alkoholowej, opracowany przez P. Steinglassa w roku 1980, wyrasta z podejścia rozwojowego do rodziny i opiera się na trzech podstawowych elementach: systemie alkoholowym, homeostazie rodzinnej i fazach alkoholowych w rodzinie.

Koncepcja *systemu alkoholowego* zakłada, że w aktualnych interakcjach używanie alkoholu doprowadziło do takiej sytuacji, w której picie staje się centralną zasadą organizującą wzorce zachowań interakcyjnych. W tym znaczeniu zachowanie jest tak podporządkowane alkoholowi, że cały system staje się systemem alkoholowym. Podczas okresów aktywnego picia rodzina oscyluje pomiędzy dwoma, cyklicznie powtarzającymi się stanami interakcyjnymi – trzeźwością i intoksykacją. W każdym z nich obowiązują różne działania rodziny, różne wzorce interakcji z osobą uzależnioną..

Koncepcja *homeostazy rodzinnej* przyjmuje, że rodzina wykazuje tendencje do zachowania poczucia równowagi i wykształca w tym celu mechanizmy działania odrzucające zmianę zagrażającą utrzymaniu poziomu stabilności. Alkoholizm powoduje powstanie powtarzających się, stereotypowych wzorców zachowań. W efekcie wzorce te zostają wbudowane w system homeostazy rodzinnej, paradoksalnie stając się istotnym elementem utrzymania stabilności. Natomiast kryzysy prowadzą do rozbicia lub przełamania mechanizmów homeostazy rodzinnej i tworzą okresy niestabilności systemu.

Koncepcja *faz alkoholowych* podkreśla, że używanie alkoholu pojawia się cyklicznie. Z perspektywy historii rodziny ważny jest tzw. podłużny wymiar spożywania alkoholu, czyli wyodrębnienie w życiu rodziny miesięcy czy lat, które są określane przez rodzinę jako *suche* (tzn. bez alkoholu) lub *mokre* (tzn. z używaniem alkoholu. Fazy takie każda rodzina wiąże z różnymi doświadczeniami życiowymi i wzorcami zachowań.

W swoim *modelu życia rodziny alkoholowej* Steinglass przedstawił ogólne prawidłowości, które rządzą zachowaniem człowieka w poszczególnych, wyodrębnionych przez siebie okresach życia.

W okresie przedmałżeńskim dobór narzeczonych zależy od zmiennych psychologicznych i kulturowych. Rzadko aspekt picia alkoholu jest tutaj zmienną decydującą przy wyborze partnera. Stąd możliwa jest sytuacja, że osoba niepijąca wybierze na współmałżonka partnera pijącego.

Okres wczesnego małżeństwa jest względnie niestabilny, stresogenny. Jeżeli jedno lub oboje współmałżonków nadużywają wtedy alkoholu, to wynikające z tego skutki i negatywne konsekwencje utrudniają realizację podstawowych celów rozwojowych rodziny. Manifestowane zachowania mogą doprowadzić do włączenia używania alkoholu do wzorców funkcjonowania rodziny i rytuałów rodzinnych. Często rodzina podejmuje świadome wysiłki w celu wkomponowania problemu nadużywania alkoholu w życie rodziny w ten sposób, aby można było z nim żyć. Doprowadza to w efekcie do zmiany problemu, na skutek przeistoczenia się rodziny z alkoholikiem w rodzinę alkoholową, w której nadużywanie alkoholu staje się usankcjonowane¹⁴. Rodzina znajduje się wówczas w stabilnej fazie życia, obciążonej używaniem alkoholu. Szybko pojawia się problem – nasilić zachowania alkoholowe czy zahamować picie? W pierwszym przypadku rodzina zwiększa spożycie alkoholu i mimo to nie radzi sobie ze stresem, skutkiem czego staje się systemem niestabilnym. w drugim przypadku rodzina zaprzestaje spożywania alkoholu, co wiąże się z szeregiem innych trudności. Właśnie w tej niestabilnej fazie największa jest liczba rozwodów. Wynika to z tego, że wyeliminowanie pijaństwa powoduje powstawanie psychologicznej próżni, którą stara się wypełnić niepijący współmałżonek przez podejmowanie działań zachęcających drugą stronę do powrotu do picia. Jeżeli były alkoholik mimo wszystko zachowa abstynencję, wówczas dochodzi zazwyczaj do rozpadu rodziny. Jeśli wróci do picia alkoholu, to cykl się zamyka.

Jakie zatem są przyczyny uzależnienia od alkoholu? W miarę, jak poszerza się nasza znajomość tego zagadnienia, odpowiedź na to pytanie staje się coraz trudniejsza. Przyjrzyjmy się czynnikom, które mogą być odpowiedzialne za wystąpienie alkoholizmu.

¹⁴ Zob. M. Łobocki, *Czynniki dezorganizujące wychowanie tkwiące w rodzinie*, „Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze” 1994 nr 4, s. 5.

Wiara w to, że alkoholizm jest przekazywany w rodzinach, od dawna był częścią ludowej mądrości¹⁵. Takie powierzchowne rozumienie genetyki, wsparte przez wypaczone poglądy teologiczne, doprowadziły do postanowień, które pozwoliły na sterylizację niedorozwiniętych, psychicznie chorych i alkoholików. Obecnie jest jasne, że dziedziczność nie jest sprawą tak prostą, jak się wydaje. Każdy człowiek w momencie zapłodnienia otrzymuje niepowtarzalny zestaw genów (genotyp). Genetyczne wyposażenie daje nam pewne ograniczenia i predyspozycje. Ostateczny wynik zależy od sytuacji życiowej oraz środowiska, w którym człowiek się znajduje. Mamy więc ludzi, którzy mają skłonności do tycia i innych, którzy pozostają szczupli niezależnie od rodzaju diety. A jak dziedziczenie przedstawia się w rodzinach alkoholików?

Nie ulega wątpliwości, że alkoholizm jest przekazywany w rodzinie. Dziecko rodzica – alkoholika ma większe szanse na uzależnienie. Wyniki badań sugerują, że potomstwo alkoholików jest około cztery razy bardziej narażone na rozwój alkoholizmu od reszty populacji¹⁶.

Najbardziej aktualna hipoteza mówi, iż dziedziczność odgrywa istotną rolę w rozwoju alkoholizmu u niektórych ludzi. Jeśli dziedziczenie jest tak ważnym czynnikiem, muszą istnieć jakieś podstawowe różnice biochemiczne pomiędzy ludźmi narażonymi na alkoholizm i tymi, którzy narażeni nie są. Warto tu wspomnieć, że w roku 1940 Jellinek rozpoznając możliwość wpływów genetycznych, sugerował szczególną „rodzinną” odmianę alkoholizmu.

Ciekawym rodzajem badań są te, które określa się mianem *badania markerów genetycznych*. W tych badaniach poszukuje się związków pomiędzy alkoholizmem a cechami, o których wiadomo, że mają podłoże dziedziczne. Rozważa się wszystkie cechy wrodzone, aby ustalić genetyczne podstawy uzależnienia od alkoholu. Pod uwagę bierze się m.in. grupę krwi, która bez wątplenia przekazywana jest dziedzicznie. W stosunku do niektórych schorzeń panuje niemal pewność, że są one spowodowane przez pojedynczy defekt genetyczny, np. płasawica Huntingtona, zespół Downa, zwyrodnienie torbielowate, SM. Inne jednostki chorobowe o podłożu genetycznym, w tym alkoholizm, wydają się być potencjalnie spowodowane przez kilka różnych genów. Zmiany w jednym z nich mogą doprowadzić do tego samego efektu – do zaistnienia choroby.

¹⁵ Por. *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne* / pod red. I. Walda /, Warszawa 1986, s.213.

¹⁶ *Alkohol, Agresja, Przestępczość*, „Świat Problemów” 2001, nr 6, s. 26.

Odmienną ścieżką są badania przeprowadzane z udziałem zwierząt. Jedne z ciekawszych badań wykonano na szczurach. Kilku szczepom tych zwierząt podano do wyboru wodę oraz wodę z alkoholem w różnych stężeniach. Gryzonie wybierały z reguły czystą wodę. Piły alkohol tylko wówczas, gdy był to jedyny dostępny płyn. Jednak pewne szczepy postępowały wbrew tej regule. Najbardziej przypadł im do gustu 5% roztwór alkoholu. Te szczury hodowane wsobnie dawały potomstwo, które wybierało nawet wyższe stężenie alkoholu. Wstępny wniosek wypływający z tego badania sugeruje, że zwierzęta różniły się biochemicznie od swoich odpowiedników, które wolały pić wodę.

Patrząc z historycznego punktu widzenia na rozmaite teorie dotyczące alkoholizmu łatwo zauważyć, że często były one próbą odpowiedzi na pytanie, dlaczego do wypełnienia swego rodzaju *dziur psychicznych*, człowiek używa alkoholu.

Przed laty, do wyjaśnienia alkoholizmu, zaprzęgnięto nawet teorie Freuda. Stosując psychoanalizę do wytłumaczenia zjawiska, jakim jest alkoholizm, użyto tezy o *fiksacji oralnej*. Zakłada ona, że wspomniane wcześniej *dziury* powstają w najwcześniejszym dzieciństwie. Zgodnie z tą teorią, alkoholik jest osobą, która nigdy w swoim życiu nie opuściła okresu niemowlęcego.. Jest kimś, kto nie pozbył się dziecięcego spojrzenia na świat i dziecięcych sposobów radzenia sobie z jego wyzwaniami. Łatwo ulega frustracji, jest niecierpliwy, wymagający, chce tego, na co ma ochotę i wtedy, kiedy ma ochotę. Jednocześnie nie ma zaufania do ludzi i nie wierzy, że pomogą mu zaspokoić jego potrzeby. Jest lękliwy i mało odporny na problemy otaczającego go świata. Zatem rytualizacja spożywania alkoholu wydają się dlań odpowiednim sposobem na pozbywanie się dolegliwości.

W roku 1960 Wiliam i John McCord opublikowali swe dzieło pt. *Geneza alkoholizmu*. Rezultaty, jakie otrzymali w wyniku badań, podważyły wiele teorii dotyczących picia, a wywiedzionych z psychoanalizy. Okazała się, że ani skłonności oralne, ani silne uzależnienie matki nie odpowiadają za uzależnienie od alkoholu. Według braci McCord, typowy alkoholik doświadczył jako dziecko różnych sytuacji, które zwiększyły jego wewnętrzne napięcie. Stresy te spowodowały paradoksalny efekt zintensyfikowania potrzeby miłości, z równoczesnym silnym pragnieniem, by tę potrzebę stłumić. Konflikt ten jest odpowiedzialny za powstanie rozdartego obrazu samego siebie. W okresie dziecięcym alkoholicy demonstrowali ekstrawertyzm, agresywność, image *samotnego wilka*. Analiza

osobowości dorosłych alkoholików doprowadziła do konkluzji mówiącej, że to raczej sama choroba wywołuje uderzające zmiany zachowania.

Jerzy Mellibruda w swojej *Psychologicznej koncepcji mechanizmów uzależnienia* pisze, iż mechanizmy uzależnienia powstają na skutek intensywnego działania psychofarmakologicznego alkoholu wzmacnianego przez doświadczenia interpersonalne i intrapersonalne towarzyszące picciu alkoholu. Tworzą one podstawowe przyczyny patologicznego picia u osób uzależnionych oraz załamania się prób powstrzymywania się od picia. Mechanizmy te mogą być aktywizowane przez negatywne stany emocjonalne i doświadczenia związane ze stresem oraz przez specyficzne okoliczności zewnętrzne.

Do wewnętrznych źródeł czynników aktywizujących mechanizmy uzależnienia, zdaniem Mellibrudy należą: uszkodzenia organizmu oraz choroby somatyczne i psychiczne, deficyt praktycznych umiejętności życiowych oraz destrukcyjna orientacja życiowa i związane z nią problemy osobiste¹⁷.

Do zewnętrznych, sytuacyjnych źródeł czynników należą: sytuacje stresu i podwyższonego ryzyka, trwałe uszkodzenia ważnych relacji społecznych, negatywne konsekwencje społeczne szkodliwego picia. Do powstawania uzależnienia przyczynia się współwystępowanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych.

W niektórych przypadkach, uważa Mellibruda, u przyszłych alkoholików można zauważyć, że stosunkowo wcześnie ujawniają się specyficzne reakcje na alkohol, które przyspieszają proces uzależnienia i zwiększają siłę wpływu alkoholu na psychikę i organizm tych osób. Można wśród nich wyróżnić stosunkowo wysoki poziom tolerancji na alkohol, małą intensywność reakcji awersyjnej, dużą intensywność działania euforyzującego itd. Nie można zaprzeczyć, uważa Mellibruda, że podłożem tej specyfiki reagowania jest konstytucja biologiczna danej osoby¹⁸.

Z czasem udało się zidentyfikować kilka odmiennych sposobów picia i postaw dotyczących spożywania alkoholu. Wydaje się, że typ orientacji dominującej w danej kulturze czy subkulturze rzutował, a niekiedy nadal rzutuje, na częstość występowania alkoholizmu w danej grupie. Jedną z możliwych orientacji jest całkowita abstynencja (np. muzułmanie). Gdy picie jest zabronione, wówczas szansa na rozwój alkoholizmu jest

¹⁷ J. Mellibruda, *Zagrożenie alkoholizmem w świetle najnowszych badań*, „Wychowanie na co dzień”, 1999, nr 10-11, s. 6.

¹⁸ Zob. J. Mellibruda, *Psychologiczna koncepcja mechanizmów uzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 1999 r., nr 1.

naprawdę nikła. Niski wskaźnik alkoholizmu mieli w przeszłości Żydzi. W Irlandii oficjalne picie zawsze spotykało się z pogardą, jednakże podpieranie się alkoholem było akceptowanym sposobem picia.

Jako społeczeństwo od dawna próbowaliśmy „zjeść ciastko i mieć ciastko”. Pragniemy alkoholu, ale bez towarzyszących mu problemów. Zadajemy sobie pytania. Na jakie kompromisy gotowi jesteśmy pójść? Czy zaakceptować dalsze posunięcia, jak zakaz sprzedaży alkoholu po godzinie 22.00?

Mimo wszystko wciąż czynimy drobne kroki w stronę *consensusu* w sprawie zachowań związanych z pićm, które uznawane są za nie do przyjęcia. Uwzględnivszy szeroką dostępność alkoholu w każdvch okolicznościach, dopóki nie zaistnieje zgoda co do tego, jaki jest *właściwy sposób* korzystania z alkoholu, nasze społeczeństwo będzie podatnym gruntem na alkoholizm. I to niezależnie od teorii na temat alkoholizmu. Pomimo znaczących zmian legislacyjnych, zmian w polityce społecznej, nasze prawo regulujące spożywanie alkoholu jest odbiciem naszych sprzecznych i dwuznacznych poglądów na temat alkoholu. Mimo rodzinnego i społecznego zainteresowania używaniem alkoholu przez młodych ludzi, prawo powoduje, że z chwilą uzyskania pełnoletności człowiek chce być traktowany jako ten, kto posiadł nagle mądrość prawidłowego radzenia sobie z alkoholem. A tak przecież nie jest.

2. ALKOHOLIZM JAKO CHOROBA RODZINY. DZIECKO W RODZINIE ALKOHOLOWEJ.

Alkoholizm bardzo często nazywany jest „chorobą rodziny”. Określenie to jednoznacznie wskazuje na niezwykle silny wpływ, jaki alkoholik wywiera na swoje otoczenie. Rodzina, a najbardziej dzieci, nie są w stanie uciec od problemu, jakim jest pijący. W czasie codziennych kontaktów członkowie rodziny stykają się z zachowaniami, które początkowo tylko w niewielkim stopniu zdają się mieć związek z pićm. Najpierw w rodzinie pojawia się zakłopotanie, wstyd, lęk i gniew. Ponieważ zachowania członków

pozostają w ścisłym związku ze sobą, reakcje krewnych stają się wkrótce w równym stopniu upośledzone, jak zachowania alkoholika¹⁹.

Oczywiście, żadna osoba nie jest przyczyną alkoholizmu drugiej osoby. Rodzina jednak może, mimo najlepszych chęci, zachowywać się w sposób umożliwiający picie alkoholu któremuś ze swoich członków. Czesław Cekiera nazywa to *zachowaniem ułatwiającym*²⁰. Może ona chronić alkoholika, usprawiedliwiać go, zatajać jego błędy. Joan Jackson w swojej książce *Alkoholizm i rodzina* opisała bardzo dokładnie rozwój wydarzeń zachodzących w rodzinie usiłującej poradzić sobie z alkoholikiem znajdującym się w jej gronie²¹. Istotą naszych rozważań w tym fragmencie pracy jest pytanie o model rodziny alkoholowej.

Najczęściej przyjmowany model rodziny zakłada, iż zmiana zachodząca w którymkolwiek elemencie systemu, jakim jest rodzina ma wpływ na wszystkie pozostałe elementy, czyli na pozostałych członków. Zachowanie alkoholika burzy ustalony w rodzinie porządek. Kolejni członkowie rodziny zostają wytrąceni z równowagi, w jakiej dotychczas się znajdowali. Reagowanie w sposób, który dotychczas się sprawdzał przestaje przynosić rezultaty, toteż rozpoczyna się gorączkowe poszukiwanie nowych pozycji, ról i strategii.

Współzależnienie jest terminem coraz częściej używanym na określenie skutków, jakie dla rodziny niesie alkoholizm jednego z jej członków. Osobę taką określa się mianem *w s p ó ł u z a l e ż n i o n e j*. Osoba współzależniona charakteryzuje się silnie rozwiniętym mechanizmem zaprzeczania, tłumieniem uczuć, podatnością na depresję, kompulsywnością, przejawianiem nadmiernej czujności, łatwym poddawaniem się stresom. Niestety, coraz liczniejszą grupę wśród współzależnionych członków rodziny stanowią dzieci.

Problemy wynikające z picia alkoholu w rodzinach, których są dzieci stanowią obecnie jedną z najpoważniejszych kwestii. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w Polsce żyje około 1, 5 mln

¹⁹ Z. Gaś, *Rodzina wobec uzależnień*, Michalineum 1993, s. 48.

²⁰ Cz. Cekiera, *Alkoholizm a niedostosowanie społeczne i profilaktyka* [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii...* Pod red. Z. Chlewińskiego, Lublin 1989, s. 368.

²¹ Wyróżnia ona m.in. takie stadia omawianych wydarzeń: zaprzeczanie, usiłowania zmierzające do rozwiązania problemu, dezorganizacja i chaos, reorganizacja dotychczasowego stylu życia w celu ominięcia problemu, próby ucieczki, reorganizacja rodziny.

dzieci alkoholików, z czego 500 – 600 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji²². Dzieci te ponoszą ogromne straty rozwojowe we wszystkich aspektach. Fizycznie częściej chorują, są słabsze. Rozwijają się u nich określone zaburzenia emocjonalne, często są ofiarami przemocy i nadużyć seksualnych ze strony najbliższych członków rodziny i ich otoczenia. Najważniejsze jest jednak to, iż dzieci te stanowią tzw. grupę ryzyka pod względem prawdopodobieństwa uzależnienia. Z badań przeprowadzonych na początku lat dziewięćdziesiątych przez pracowników Katedry Pedagogiki Specjalnej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy wynika, iż w grupie liczącej 1657 uczniów szkół podstawowych, aż 27% piło alkohol. Pierwszy kontakt z tą używką następował więc w bardzo wczesnym wieku. Tymczasem jeszcze do niedawna dzieci alkoholików były pomijane i ignorowane; mało kto wiedział o milionach młodych Polaków wychowywanych w rodzinach z problemem alkoholowym. Mało kto zdawał sobie sprawę, że dzieci obserwują zachowanie swoich pijących rodziców, co pozostawia głębokie ślady w ich psychice.

Dopiero w ciągu ostatnich lat zaczęto dostrzegać tę ogromną grupę szczególnie podatnych na niekorzystne wpływy. Badacze i lekarze wykryli, że alkoholizm jest problemem rodzinnym. Prawdopodobieństwo, że dzieci alkoholików również zostaną alkoholikami jest czterokrotnie większe niż w przypadku innych dzieci. Córki alkoholików są bardziej od innych dziewcząt skłonne poślubić alkoholików, powtarzając tym samym ten bolesny cykl w następnych pokoleniach. Problemy wynikające z nadużywania alkoholu przez rodziców przekazywane są z rodzica na dziecko i z dziadka na wnuka. W ten sposób zaklęty krąg rodzinnych tragedii stale się powtarza²³.

Rezultatem alkoholizmu rodziców są częstokroć szkody i krzywdy, trwające przez całe życie. Alkoholowy zespół płodowy, wynikający z nadmiernego używania alkoholu przez matkę, może spowodować prenatalne uszkodzenie układu nerwowego, niedorozwój umysłowy, mikrocefalię, hipotonię i szereg innych anomalii. Niemowlęta mogą mieć problemy z przyjmowaniem pokarmu, mogą wymiotować i nieustannie płakać²⁴.

Kilkuletnie dzieci alkoholików częściej skarżą się na ból zębów, bóle głowy, zaburzenia somniczne, tiki nerwowe i mdłości. Jako nastolatki częściej od innych

²² Dane przytoczone za informacją umieszczoną na oficjalnej stronie PARPA w dniu 19.03.2001.

²³ B.E. Robinson, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, Warszawa 1998, s.13.

²⁴ Zob. H. Juszczyk, *Wybrane problemy alkoholizmu w rodzinie*, „Auxilium Sociale” 1999, nr 3-4, s. 90.

wagarują lub popadają w konflikt z prawem, nadużywają alkoholu lub innych środków uzależniających. Trzeba tu jednak zaznaczyć, iż niektóre dzieci alkoholików radzą sobie zupełnie dobrze. Utrzymują porządek w domu, opiekują się rodzeństwem, dobrze radzą sobie w szkole. Wyróżniają się w sporcie. Z drugiej jednak strony – podkreślają to wszyscy zajmujący się problemem badacze – ta grupa dzieci odczuwa niewiele satysfakcji ze swoich osiągnięć, niewysoka jest również ich samoocena. Zdają sobie sprawę, że w domu ponoszą fiasko: nie potrafią wpłynąć na rodzica, żeby przestał pić.

Tragedia alkoholizmu rodziców rozgrywa się w konsekwencji w uczuciach dzieci, gdyż niemal zawsze gnębi je poczucie winy. Uważają, że one same ponoszą odpowiedzialność za problem alkoholizmu w rodzinie. Dzieci nie mają tej świadomości, że alkoholizm jest chorobą, której nie powodują oraz nie są w stanie jej opanować. Życie z rodzicem nadużywającym alkoholu pełne jest napięć, brak w nim stabilności i poczucia bezpieczeństwa. Klimat emocjonalny i domowe reguły postępowania ulegają raptownym zmianom w zależności od ilości alkoholu wypitego przez rodzica. Nie ma mowy o konsekwencji i ciągłości. Alkoholizm rodziców rodzi izolację i lęk. A ponieważ życie całej rodziny kręci skupia się wokół alkoholika, jego zachowania i nastrojów, dzieci w takiej rodzinie zawsze schodzą na plan drugi. Cierpliwie wyczekują na miłość, uwagę czy najwykleszą pomoc w codziennych kłopotach. Czują się odrzucone i bezwartościowe.

Terapeuci, zajmujący się leczeniem rodzin alkoholowych wyróżnili, w oparciu o model rodziny jako systemu, kilka charakterystycznych wzorców przystosowywania się dzieci:

- *odpowiedzialny* – dziecko takie przyjmuje na siebie odpowiedzialność nie tylko za siebie, ale także za młodsze rodzeństwo, próbuje w maksymalnym stopniu skompensować brak równowagi i stabilizacji w rodzinie. Podejmuje się obowiązków typowych dla dorosłych.

- *dostosowujący się* – dziecko takie nie bierze na siebie odpowiedzialności za załatwianie spraw rodziny. Zamiast tego stara się wypełniać dokładnie wszystkie otrzymane polecenia i łatwo przystosowuje się do zmieniających się warunków. Potrafi przystosować się do wszystkiego, co je spotyka, bo w nic nie angażuje się emocjonalnie. Na zewnątrz sprawia wrażenie dziecka elastycznego, poddającego się wpływom wychowawczym. W środku jest jednak zagubione, gdyż nigdy nie okazuje, co dzieje się w

jego duszy. Nie pozwala innym dowiedzieć się czegokolwiek o sobie i na ogół bywa pomijane w domu, w szkole i podczas zabawy.

- *niosący ulgę* – wzorzec ten polega na zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych. dziecko takie dostraja się do innych, okazując im przy tym swą uwagę i wrażliwość. Oznacza to częste okazywanie życzliwości raz rodzicowi – alkoholikowi, innym razem drugiemu z rodziców. Takie postępowanie jest próbą załagodzenia wzajemnej wrogości między rodzicami. Ignorując własne potrzeby pociesza innych i stara się, aby poczuli się lepiej.

- *koziół ofiarny* – dzieci te mają największe „szanse” na konflikt z prawem, gdyż ich działania noszą znamiona agresywności i anormalności. *Koziół ofiarny* staje się wcieleniem rodzinnych frustracji i co rusz wpada w kłopoty²⁵.

Te cztery role w literaturze przedmiotu nazywane są „fałszywymi osobowościami”²⁶. Są one rezultatem nieświadomej reakcji dziecka, które usiłuje stawić czoło faktowi, że jego rodzice zawiedli w rolach rodziców, a poza tym chce ukryć i obronić ważne aspekty swej wewnętrznej rzeczywistości. Fałszywe osobowości są jawnym przeciwieństwem i zaprzeczeniem prawdziwych uczuć. Każda z tych ról jest swoistym sposobem na przeżycie, strategią przystosowania się do nienormalnej sytuacji. Należy podkreślić, iż niebezpieczne jest utrwalenie się którejś z tych ról. To, co okazuje się być pomocne w dzieciństwie, może stać się szkodliwe w życiu dorosłym. Odpowiedzialny łatwo może stać się osobą żądającą ciągłego zajmowania czołowej pozycji, rządu, skazaną na ciągły stres związany z wysiłkiem, by sprostać swoim oczekiwaniom. Dostosowujący się może okazać się niegodny zaufania, łatwo podporządkowujący się innym i dający sobą manipulować.

Alkoholizm jest tajemnicą rodzinną, toteż dzieciom i dorosłym bardzo trudno uzyskać pomoc, jakiej im potrzeba. Maluchy uczą się w domu, że alkoholizm jest

²⁵ Typologię wzorców zachowań dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym przyjęłam za J. Kinney, G. Leaton (zob. *Zrozumieć alkohol*, s. 158 – 159).

²⁶ *Ibidem*, s. 160.

sekretem i nie wolno z nikim się nim dzielić²⁷. Głęboko wpojona potrzeba chronienia rodzinnej tajemnicy utrzymuje te dzieci z dala od innych. Odbija się to negatywnie na ich zdolności do zawierania przyjaźni i dzielenia się z innymi swoimi problemami, tak istotnych dla okresu dorastania.

Dzieci alkoholików są mistrzami w ukrywaniu swej wewnętrznej udreki. Claudia Black stwierdziła, że dzieci z domów, w których występuje problem nadużywania alkoholu bardzo wcześnie przyswajają sobie trzy niepisane zasady: **nie mów, nie czuj, nie ufaj**²⁸. Zasady te są następnie przenoszone przez dziecko w jego dorosłe życie i w ogromnym stopniu determinują jego społeczną rolę. Człowiek, którego światopogląd moralny w chwili kształtowania się oparty był na tych trzech zasadach, nie potrafi normalnie funkcjonować w codziennych relacjach interpersonalnych. Relacje te naznaczone są brakiem zaufania, obojętnością i brakiem współczucia dla problemów innych ludzi.

3. ROZWÓJ WSPÓŁUZALEŻNIENIA ALKOHOLOWEGO U DZIECI. ROZPOZNANIE I TERAPIA DZICKA ALKOHOLIKÓW. I

Chociaż każde dziecko zмага się w miarę dojrzewania z różnymi problemami natury psychicznej, to nasilenie tych problemów w rodzinach alkoholowych pozostawia w psychice dziecka trwałe ślady. Dzieci często są zmuszane do stawiania po stronie któregoś z rodziców. Z kolei dorośli swoje emocje wywołane piciem partnera przenoszą mimowolnie na dzieci. Czasem rodzice usiłują ukryć przed dziećmi swoje uczucia tłumiąc przy tym

²⁷ Potwierdzają to wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań, o których będę pisała w dalszej części pracy.

²⁸ Por. E. Klein, *Alkohol w szkolnej rzeczywistości*, „Problemy Opiekuńczo – Wychowawcze” 1992, nr 5-6, s. 227.

swoje problemy i zwracając całą uwagę na potrzeby dziecka. Prowadzi to nieuchronnie do wybuchów złości i agresji niezrozumiałych dla dziecka.

Zaprzeczanie i negowanie są mechanizmami obronnymi, po które rodziny alkoholowe sięgają najczęściej. Jednym ze sposobów, w jaki osoby współuzależnione próbują załagodzić problemy związane z nadużywaniem alkoholu jest udawanie, że wszystko jest w porządku.. Chcą przy tym, aby dzieci widziały tę sytuację w ten sam sposób. Osiągają ten cel kosztem zafałszowania postrzegania rzeczywistości przez dziecko. Z powodu negowania przez współuzależnionych rodziców faktów i zdarzeń, których dziecko było świadkiem, odczuwa ono zakłopotanie i brak zaufania dla własnego postrzegania rzeczywistości. Zaczyna tłumić swoje podejrzenia i bagatelizować związane z nimi uczucia. Według B.E. Robinsona, typowe dziewięcioletnie dziecko alkoholika wątpi i zaprzecza swoim spostrzeżeniom oraz osobom z zewnątrz chcącym przekonać je o problemie alkoholowym rodzica²⁹. Przenoszą swoją postawę negowania także na młodsze rodzeństwo.

Wychowywanie się w rodzinie alkoholowej prowadzi do powstawania w psychice dziecka wielu bolesnych ran. Niezależnie od tego, jakie intencje przyświecają postępowaniu rodziców, jego wpływ na dziecko pozostaje taki sam. Reaguje ono bardzo emocjonalne. Te emocje zaś są rozmaite.

Zdarzenia dziejące się w domu budzą w dzieciach alkoholików lęk i przerażenie. Zmieniająca się nieustannie sytuacja jest podłożem, na którym może rosnać lęk. Cichym towarzyszem dziecka alkoholika jest poczucie zbliżającej się zguby, któremu towarzyszą gwałt i przemoc psychiczna, fizyczna, a czasem seksualna. Dzieci alkoholików mają skłonność do generalizowania swojego lęku i rozwijania nieuzasadnionych obaw, dla których często brak podstaw³⁰.

Dzieci alkoholików często obwiniają się o spowodowanie alkoholizmu rodzica. Nie będąc świadomymi, że alkoholizm jest chorobą często czują się odpowiedzialne za picie rodziców. Uważają też, że są w stanie powstrzymać rodziców od spożywania alkoholu. B.E. Robinson cytuje słowa dziewczynki, która miała taką właśnie nadzieję: „Myślałam, że jeśli spróbuję zdjąć z mamy część obowiązków, będzie mogła przestać pić. Myślałam, że jeśli włożę nieco więcej wysiłku w utrzymanie porządku w moim pokoju, w

²⁹ Zob. B.E. Robinson, *op. cit.*, s. 56.

³⁰ Por. E. Kłosowska, *Gdy rodzice piją...*, „Wychowanie na co dzień” 2000, nr 10-11, s.53.

zdobywanie dobrych ocen w szkole, w pomoc przy utrzymaniu domu, zaprzestanie picia będzie dla niej łatwiejsze. Jednak mama piła dalej. Nic się nie zmieniło”³¹.

Dzieci alkoholików częściej niż potomstwo rodziców niepijących, uważają swoje dzieciństwo za nieszczęśliwe, a sytuację w domu za niepewną (por. wyniki badań D. Callana i J. Jackson z 1986 r.)³². Ponad dwa razy częściej niż dzieci z rodzin nie dotkniętych alkoholizmem cierpią na depresję, a jeśli towarzyszy ona wejściu w dorosłość, staje się dziedzictwem ciężącym do końca życia. Pewnym pocieszeniem jest fakt, iż dzieci z rodzin zdrowiejących alkoholików mają mniejszą skłonność do depresji niż potomstwo rodziców nie poddających się leczeniu.

Niestałość i nieprzewidywalność postępowania rodziców są cechami choroby alkoholowej, które wystawiają dzieci na ciężką próbę. Alkoholicy ulegają stałym wahaniom nastroju, stale dają i łamią jakieś obietnice. Bardzo często po tęgim piciu zachowują się tak, jakby nic się nie stało. Dzieci zaś zdają sobie sprawę, że tak naprawdę mają trzech różnych rodziców: pijącego alkoholika, trzeźwego alkoholika i rodzica niepijącego.. Zdarza się, że w sytuacji, gdy oboje rodziców są alkoholikami, dziecko musi wymyślić sposób na poradzenie sobie z wieloma różnymi osobowościami. Jest to bardzo trudne zadanie, szczególnie dla dzieci w wieku przedszkolnym, które dopiero zaczynają odróżniać dobro od zła, u których system wartości i pojęć moralnych występuje w fazie kształtowania się. Zadanie to jest również trudne dla dzieci w wieku szkolnym, które nauczyły się już myśleć w sposób konkretny o swoim świecie oraz zrozumiały, że tworzące go elementy podlegają pewnej umownej kategoryzacji. Wiedzą, że istnieją etyczne kategorie dobra i zła, że istnieją reguły normujące niewłaściwe i właściwe postępowanie. Jednak zasady te nie są równie klarowne w domu.. O ile w ogóle istnieją, podlegają częstym zmianom. Na podstawie przeprowadzonych przeze mnie ankiet można stwierdzić, iż dzieci jako jeden z ważniejszych problemów dotyczących alkoholizmu wskazują brak konsekwencji w postępowaniu rodziców. Rodzice często przekazują dzieciom sprzeczne komunikaty. Powoduje to, że dzieci czują się zdezorientowane i rozgniewane uważając, że rodzice oszukali je i zdradzili.

³¹ B.E. Robinson, *op.cit.*, s. 60.

³² Wyniki tych badań prezentuje w swej książce M. Praisner (*Alkohol a rozwój i wychowanie dziecka*, Warszawa 1996, s. 253).

Wiele spośród problemów dotyczących dzieci jest wynikiem stresu i napięć przeżywanych w czasie dorastania w rodzinie alkoholowej. Zbierając emocjonalne rany, dzieci te idą przez życie dźwigając ciężar upośledzenia wielu funkcji psychicznych. Niska samoocena, brak poczucia wpływu na swoje życie, słaba umiejętność radzenia sobie w zmiennej sytuacji oraz problemy w relacjach interpersonalnych, to cechy najlepiej charakteryzujące ich funkcjonowanie psychiczne.

Perspektywy malujące się przed dziećmi alkoholików są raczej ponure. Jednak nie wszystkie dzieci alkoholików pasują dokładnie do opisywanego tutaj wzorca. Niektórym dzieciom udaje się nie poddać destrukcyjnemu wpływowi choroby rodzica. Wyniki badań naukowych wskazują, że negatywny wpływ na rozwój psychiczny wywierają liczne czynniki – działające zarówno pojedynczo, jak i w skojarzeniu: płeć dziecka, płeć pijącego rodzica, wiek dziecka, status socjoekonomiczny rodziny oraz to, czy piją obydwój rodziców, rasa, kolejność, w jakiej dziecko przyszło na świat, czynniki zewnętrzne, takie jak inni ludzie lub instytucje mające wpływ na dziecko, to, czy rodzic jest aktywnym czy zdrowiejącym alkoholikiem.

W literaturze psychiatrycznej można natknąć się na pogląd, że zaburzenia zachowania u dziecka mają związek z alkoholizmem ojca, a zaburzenia emocjonalne z alkoholizmem matki, podczas gdy obydwaj rodzaje zaburzeń występują z jednakową częstotliwością u dzieci, których obydwój rodziców cierpi na chorobę alkoholową. Te ostatnie wykazują poważniejsze zaburzenia i są bardziej agresywne niż dzieci, których tylko jeden lub żaden rodzic jest alkoholikiem. Kiedy pijący rodzic poddaje się leczeniu, stosunki panujące w rodzinie są lepsze, niż w rodzinie, w których alkoholik aktywnie pije. Zdrowie i funkcjonowanie psychiczne dzieci z rodzin zdrowiejących alkoholików jest podobne, jak w przypadku dzieci rodzin zdrowych³³..

Dla kontrastu dodajmy, że w porównaniu z rodzinami zdrowymi, rodzice z rodzin alkoholików, którzy ponownie zaczęli pić wykazali słabszy wzajemny związek, słabiej wyrażali uczucia, kładli mniejszy nacisk na niezależność i osobiste osiągnięcia oraz byli słabiej ukierunkowani w sferach moralno-religijnej, intelektualno-kulturalnej. Dzieci z tych rodzin częściej cierpiały na depresję i lęk oraz miały więcej poważnych kłopotów ze zdrowiem somatycznym i psychicznym³⁴.

³³ Zob. A. Świącicki, *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*. Warszawa 1968, s.246.

³⁴ Por. E. Rooney, *Alkoholizm a rodzina*, Warszawa 1989, s.72.

Pochodzenie ze środowiska o niskim statusie socjoekonomicznym oraz alkoholizm obydwójga rodziców naraża dziecko na jeszcze większe ryzyko powstawania problemów. Kolejność w jakiej dzieci przychodziły na świat także miała wpływ na stopień ich przystosowania. Badania wykazują, że dzieci w wieku średnim lub młodsze są bardziej podatne na rozwój problemów psychicznych związanych z życiem w rodzinie alkoholowej niż te, które urodziły się jako pierwsze i łatwiej rodzą sobie z problemami³⁵.

Na postrzeganie siebie jako dziecko alkoholika składają się wszystkie opisane dotąd czynniki. Rozdrażniony niepijący rodzic, który nigdy nie ma chwili czasu, rodzic – alkoholik, który w nieprzewidywalny sposób wciąż zmienia osobowość, a obietnic nigdy nie dotrzymuje (można tu przywołać stwierdzenie, a zarazem tytuł znakomitej pracy K. Horneya *neurotyczna osobowość naszych czasów*), poczucie winy i samoobwinianie się dziecka za alkoholizm rodziców, zdrada i wrogość, wstyd odczuwany wobec przyjaciół, obraz własnej rodziny skażony alkoholizmem – wszystko to kulminuje się ostatecznie w bardzo niskiej samoocenie dziecka. Gdy dziecko nie potrafi już dłużej oddzielać wszystkich tych czynników od tego kim są, zaczyna je internalizować w postaci upokorzenia i wstydu. Zaczyna czuć, że niewiele jest warte, a wstyd staje się dość istotnym komponentem obrazu własnego siebie³⁶.

I tu jednak istnieje pozytywna alternatywa dla opisanej powyżej sytuacji. Samoocena dorosłych dzieci alkoholików może być niższa lub wyższa, w zależności od tego, czy sytuacja umożliwiła im podjęcie terapii. Dorosłe dzieci alkoholików, które poddają się leczeniu mają wyraźnie niższą samoocenę niż osoby pochodzące ze zdrowych rodzin. Jednak te, które nie podejmują leczenia mają nie tylko równie wysoką samoocenę jak ich rówieśnicy z rodzin nieobciążonych alkoholizmem, ale także o wiele wyższą zdolność do nawiązywania bliskich kontaktów.

Kontrola nad własnym postępowaniem jest u dzieci alkoholików niezwykle istotną sprawą, głównie dlatego, że są one stale świadkami bezowocnych zmagania jednego lub obydwójga rodziców o utrzymanie kontroli nad własnym postępowaniem. Dziecko posiada swoiste wewnętrzne centrum kontroli, kiedy ma poczucie panowania nad swoim niezwykle skomplikowanym, zdominowanym przez alkohol środowiskiem. Wierzy ono,

³⁵ Zob. wyniki badań M. Radochońskiego opublikowane w jego *Choroba a rodzina*, Rzeszów 1987, s. 84.

³⁶ Por. B. Trzęsicka, *Dzieci z rodzin alkoholowych*, „Edukacja i Dialog” 1996, nr 3, s.36.

że własne czyny przynoszą negatywne bądź pozytywne konsekwencje dla jego życia. Odmienne ma się rzecz z tymi dziećmi, które posiadają zewnętrzne centrum kontroli. Nie mają one poczucia kontroli nad własnym życiem. Wierzą, że decydujący wpływ na ich los mają siły zewnętrzne. W rezultacie eksternalizują one odpowiedzialność, poddają się okolicznościom, chętnie zdają się na los i na przypadek.

Czy dzieci z rodzin alkoholowych zachowują zatem jakąkolwiek kontrolę nad własnym życiem? Czy może dają się ponieść nurtowi codziennych wydarzeń? Wyniki badań wskazują, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym mają większą skłonność do poddawania się kontroli z zewnątrz niż potomstwo niezależnych rodziców.

Joseph Kern w 1981 r. zbadał grupę czterdzieścioro dzieci w wieku od 8 do 13 lat. Połowa pochodziła z rodzin alkoholowych, druga połowa z rodzin zdrowych. W badaniu zastosowano test oceniający umiejscowienie centrum kontroli. Wyniki testu wykazały, że objęte badaniem dzieci z rodzin alkoholowych były o wiele bardziej zorientowane na zewnątrz niż ich rówieśnicy z porównywalnej grupy. Dzieci alkoholików czuły mniejszą osobistą odpowiedzialność i miały poczucie słabszej kontroli nad wydarzeniami kształtującymi ich życie. To poczucie pozostawania pod kontrolą innych prowadzi do utraty inicjatywy i zdolności wpływania na otaczający świat z korzyścią dla siebie³⁷.

Inne badania potwierdziły przypuszczenia, że dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych nie mają poczucia wpływu na swoje życie, co odróżnia je od rówieśników z rodzin zdrowych. Wielu spośród naukowców twierdzi, że przyczyną tych różnic w funkcjonowaniu psychicznym jest niepełna socjalizacja dzieci alkoholików w okresie ich dzieciństwa. Paraliżowane przez stres i napięcie towarzyszące rodzinie alkoholowej, dzieci te nie mają możliwości rozwoju umiejętności kierowania swoim własnym życiem. Niektórzy eksperci sądzą nawet, że czynnik ten może przyczyniać się do dużego rozpowszechnienia alkoholizmu wśród dzieci alkoholików.

Wyjątki od tej reguły znaleźć można wśród dzieci zdrowiejących alkoholików. Mają one silniejszą tendencję do przejmowania kontroli nad własnym życiem oraz czują się obdarzone silniejszym uczuciem miłości przez swoich pijących ojców niż dzieci aktywnych alkoholików.

³⁷ Zob. J.G. Woititz, *Dorośle dzieci alkoholików*, Warszawa 1992, s. 206.

Część dzieci alkoholików, obok problemów natury psychicznej, miewa poważne problemy zdrowotne oraz związane z poczuciem bezpieczeństwa. Na ogół w domach alkoholików nie ma atmosfery psychicznego bezpieczeństwa, są one wręcz stresogenne. Ciągły stres może być przyczyną wielu niepożądanych efektów somatycznych mających bezpośredni wpływ na stan zdrowia dziecka. Tego rodzaju problemy najłatwiej wykryć właśnie w szkole, gdzie dzieci spędzają stosunkowo dużo czasu. Ciągły stres i słabe zdrowie utrudniają im naukę oraz nawiązywanie kontaktów interpersonalnych. Czasem zły stan zdrowia ma konkretne podłoże biologiczne i staje się stałym elementem wizerunku dziecka. Częściej niestety, problemy jakie stają się udziałem dziecka w szkole są następstwem niestabilnej sytuacji rodzinnej będącej skutkiem alkoholizmu.

Czesław Kupisiewicz niepowodzeniami szkolnymi nazywa *sytuacje, które charakteryzują się występowaniem rozbieżności między wymaganiami wychowawczymi i dydaktycznymi szkoły, a postępowaniem uczniów oraz uzyskiwanymi przez nich wynikami nauczania*³⁸. Niepowodzenia, o których wspomina Kupisiewicz, mogą objawiać się różnego rodzaju zaburzeniami, a z drugiej strony, mogą być przez te zaburzenia wywołane. Do najważniejszych należą:

- zaburzenia w sferze percepcji wzrokowej,
- zaburzenia w sferze percepcji słuchowej
- zaburzenia w sferze lateralizacji.

Zaburzenia te w znacznym stopniu upośledzają funkcjonowanie dzieci w życiu szkolnym, powodują pojawienie się niskiej samooceny, co sugerują wyniki ankiet wychowawczych, przeprowadzonych przez wychowawców klas.

Dzieci z rodzin alkoholowych nie angażują się w życie klasy, czują się odrzucone przez rówieśników, choć wychowawcy uczulają dzieci na poprawne zachowania i relacja interpersonalne w klasach, nie mają pełnej możliwości rozwoju swoich uzdolnień intelektualnych, a ponadto częściej występują u nich zaburzenia emocjonalne. Znacznie częściej niż u dzieci z rodzin zdrowych narażone są na niebezpieczeństwa nabycia deficytów rozwojowych z powodu zaniedbań wychowawczych lub zdrowotnych. Dlatego nie można się dziwić faktowi, iż jedną z głównych przyczyn nieobecności w szkole dzieci z rodzin alkoholowych jest przemoc, kłótnie oraz inne zaburzenia towarzyszące alkoholizmowi i wywierające tak destrukcyjny wpływ na dziecko, iż

³⁸ Cz. Kupisiewicz, *Podstawy dydaktyki ogólnej*, Warszawa 1980, s. 211.

częściej zapada ono na choroby somatyczne. Dzieci matek alkoholiczek pijących w czasie ciąży obciążone są ryzykiem alkoholowego zespołu płodowego (FAS – *Fetal Alcohol Syndrom*). FAS został rozpoznany już w 1973 r., jednak do dziś nie wiadomo jaki mechanizm wywołuje zespół poniższych objawów. Badania wykazały jednak, iż odległe skutki picia alkoholu przez matkę pod postacią zmiany sposobu zachowania się dziecka widoczne są już w okresie przedszkolnym.

Dzieci alkoholików znacznie częściej cierpią z powodów bólów głowy, bezsenności, osłabienia, nudności, bólu zębów oraz problemów związanych z odżywianiem. Zaobserwowano ponadto, że żony i córki alkoholików mają większą skłonność do zaburzeń psychosomatycznych, częściej z tego powodu szukają pomocy.

Często wykazują reakcję nerwicową w odpowiedzi na wpływ środowiska alkoholowego, które nie zapewnia im poczucia bezpieczeństwa ani pod względem psychicznym, ani fizycznym. Najłatwiej zauważalną oznaką nerwowości jest obgryzanie paznokci.

Podsumowując to wszystko, co do tej pory napisałam na temat szkolnych problemów dzieci z rodzin alkoholowych mogę stwierdzić, iż dzieci alkoholików w porównaniu z dziećmi z rodzin zdrowych, wykazują pewne symptomatyczne objawy czegoś, co można określić mianem choroby alkoholowej dzieci. Są to przede wszystkim:

- niższe zdolności intelektualne,
- gorsze wyniki w nauce,
- słabsza koordynacja percepcyjno - ruchowa, pamięć i opanowanie słownictwa,
- częstsze powtarzanie klasy,
- słabsza frekwencja w szkole,
- niezdolność do koncentracji przez dłuższy czas,
- impulsywne zachowanie,
- lęk przed odrzuceniem przez grupę rówieśniczą,
- agresja słowna.

B. E. Robinson przedstawia 20 oznak, które powinny obudzić czujność przy rozpoznawaniu dzieci alkoholików w wieku przedszkolnym:

1. Problemy ze snem.
2. Uporczywe znużenie lub senność.
3. Regres w kontrolowaniu czynności fizjologicznych.
4. Niezwykłe zachowanie przy jedzeniu (tzw. rytualizacja jedzenia).
5. Trudności w dostosowywaniu się przy przechodzeniu od jednej czynności do drugiej oraz trudności dostosowawcze podczas zmian w codziennym rozkładzie zajęć.
6. Opóźnienia w rozwoju.
7. Powracające wątki alkoholowe przy zabawie.
8. Izolowanie się przy zabawie.
9. Niezdolność do skupienia uwagi przez dłuższy czas.
10. Nadmierna ruchliwość.
11. Nagłe zmiany w zachowaniu.
12. Częste kaprysy i rozdrażnienie.
13. Atakowanie innych dzieci.
14. Regresywne ssanie kciuka.
15. Przesadny lęk przed obcymi.
16. Nadmierny lęk przed rozłąką z opiekunem.
17. Zachowania wskazujące na niepewność w stosunkach z osobami, do których dziecko jest przywiązane.
18. Autorytarny stosunek rodziców do dziecka.
19. Częsta nieobecność dziecka w szkole lub przedszkolu.
20. Oznaki zaniedbania lub maltretowania³⁹.

Należy jednak pamiętać, że rozpoznawanie dzieci alkoholików może przynieść negatywne skutki. Ryzyko przy rozpoznaniu i opisanu konkretnej grupy dzieci polega na zaszufladkowaniu ich i podciągnięciu pod jakiś stereotyp metodą uogólnień. Przyklejeniu dziecku etykiety *dziecka alkoholika* może wyrzucić niekorzystny wpływ na jego samoocenę, negatywne nastawienie innych. Dzieci alkoholików nie są zaburzone umysłowo. Trzeba im uzmysłwić, że nie są gorsze od innych dzieci. Trzeba koniecznie

³⁹ B.E. Robinson, *op.cit.*, s. 132.

pamiętać, że uogólnienia są wskazówkami i niczym więcej, a każde dziecko jest twórczym cudem wszechświata.

Jak zatem w sposób skuteczny i nie naruszający godności dziecka rozpoznać u niego problem alkoholizmu w rodzinie?

Migs Woodside uważa, iż wczesne rozpoznanie i edukacja może mieć kluczowe znaczenie dla poprawy sytuacji dzieci alkoholików, dla zapobieżenia ich popadnięciu w alkoholizm czy inne problemy, które mogą wyłonić się w przyszłości⁴⁰. Problem jest naprawdę ogromny. Naukowcy szacują, iż blisko 95% dzieci alkoholików przez cały okres chodzenia do szkoły podstawowej nie zostają rozpoznane, a tym samym nie są poddane jakiegokolwiek terapii! Co więcej, wyniki badań dowodzą, iż dzieci alkoholików nie zostają rozpoznane nie tylko przez nauczycieli, ale także przez przedstawicieli wielu innych profesji! w jednej z prac wykazano, iż żadne z dzieci, które na podstawie formalnego testu przesiewowego okazały się dziećmi z rodzin alkoholowych nie zostało wcześniej zdiagnozowane jako dziecko alkoholika ani przez pedagoga szkolnego, ani przez pracowników opieki społecznej⁴¹.

Niektóre z problemów utrudniających wykrywanie dzieci alkoholików wśród przedszkolaków przeszkadzają również w procesie ich identyfikacji w późniejszych latach. Wiele osób na co dzień pracujących z dziećmi ma swoje własne systemy negacji, które powstrzymują ich przed poruszeniem kwestii alkoholizmu wobec swoich podopiecznych. Niektóre z tych osób zasłaniają się brakiem kompetencji, inne obawiają się kłopotów. Mogą się lękać, że nie będą wiedzieć, co dalej z uzyskaną informacją począć. inne mogą obawiać się odwetu uzależnionych rodziców, braku instytucjonalnego wsparcia. Nauczyciele mogą nie dostrzegać w alkoholizmie rodziców szczególnego stanu, wymagającego specjalnych strategii interwencyjnych. Wielu dorosłych przywiązanych jest do poglądu, że pomoc dziecku można jedynie przez „uzdrowienie” rodzica, zamiast widzieć w dziecku pierwszoplanowy obiekt, wymagający pomocy niezależnie od tego, czy rodzic dziecka skłonny jest sam taką pomoc przyjąć.

⁴⁰ M. Woodside, *Dzieci alkoholików – przerwać ten cykl*. Warszawa 1996, s. 79.

⁴¹ J. Migdał, *Alkoholizm nieletnich – próba oceny, profilaktyka i resocjalizacja* [w:] *Profilaktyka społeczna i resocjalizacja młodzieży w środowisku otwartym*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego”, Kraków 1990, nr.12.

Jednym z najpopularniejszych środków służących do rozpoznawania dzieci alkoholików jest tzw. *test przesiewowy CAST*. Umożliwia on rozpoznanie dzieci z grupy podwyższonego ryzyka, które mieszkają lub mieszkały w przeszłości z rodzicami alkoholikami. CAST jest listą trzydziestu pytań, służących do zbadania postaw dzieci, ich uczuć, spostrzeżeń i doświadczeń, związanych z alkoholizmem rodziców. Dziecko odpowiada *tak/nie*. Badania wykazały, że CAST wykazuje się imponującą trafnością i niezawodnością.

Najskuteczniejszą jednak metodą rozpoznania jest autoidentyfikacja, przeprowadzona przez samo dziecko. Takie podejście gwarantuje psychologiczne bezpieczeństwo i anonimowość, pozostawiając decyzję dziecku. Nastolatki, które z własnej woli zgłaszają chęć przyłączenia się do grup, mają dość silnej motywacji, by dowiedzieć się więcej o dzieciach alkoholików i gotowe są popracować nad swoimi problemami. Udaje im się tam nawiązać ścisłe więzy z innymi osobami, co pozwala przetrwać trudny okres w życiu. Entuzjaści tej metody (np. J. Mellibruda) uważają, że sposobem na dotarcie do dzieci alkoholików są zajęcia informacyjne w klasie w połączeniu z terapią w małej grupie. Program takich zajęć obejmuje filmy, wykłady, dyskusje na temat alkoholizmu dorosłych z zaakcentowaniem roli dziecka w rodzinie alkoholowej. Na zakończenie sesji dzieciom rozdaje się kwestionariusze do samooceny, na których mogły wyrazić swe zainteresowanie uczestnictwem w małej grupie, gdzie problemy alkoholizmu poruszane są na bardziej osobistej płaszczyźnie. Dzieci, które wyjawily, że mają rodzica alkoholika, automatycznie kwalifikowały się do grupy.

Należy pamiętać, że terapia dziecka powinna zachodzić „od środka na zewnątrz – nie zaś z „zewnątrz do środka”. Program dla dzieci alkoholików powinien nadszagać za spontanicznym rytmem i stylem dziecka. Rozkład zajęć powinien obejmować zarówno ćwiczenia planowane, jak i spontaniczne. Dobrze prowadzona terapia zawsze oferuje kilka rodzajów aktywności. Dziecko może samo wybrać zajęcia prowadzące do określonego celu i samo decydować o tempie posuwania się do przodu.

Należy pomóc dzieciom spojrzeć na siebie nie jak ofiary alkoholizmu, ale jak na ludzi, którym udało się ów alkoholizm przetrwać. Takie pozytywne podejście pomaga dzieciom pojąć, że wszystko, co im się przytrafiło, składa się na obraz tego, kim właściwie są. Powrót do zdrowia przychodzi stopniowo. Trzeba pamiętać o tym, aby pomóc

zachować dzieciom cierpliwość, dostrzegając i chwalać małe kroczki, jakie robią na drodze swojego rozwoju.

4. STAN BADAŃ NAD ALKOHOLIZMEM W POLSCE. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE STOSOWANE WOBEC DZIECI ALKOHOLIKÓW.

Wieloaspektowa charakterystyka picia alkoholu przez dzieci od lat jest przedmiotem szczególnego zainteresowania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zgodnie z zasadą wczesnej interwencji profilaktycznej, prowadzone w tym zakresie badania mają na celu przede wszystkim projektowanie programów edukacyjnych i psychokorekcyjnych. Do realizacji tego zadania niezbędne jest gromadzenie usystematyzowanej wiedzy dotyczącej rozmiarów, nasilenia i wzorów picia alkoholu zarówno przez dorosłych, jak i przez młode pokolenie. Temu celowi służy systematyczne monitorowanie picia alkoholu przez młodzież szkolną w różnych regionach kraju.

Badania statystyczne nad poziomem spożycia alkoholu mają w Polsce stosunkowo długą tradycję. Pierwsze w miarę systematyczne dane pochodzą z końca XIX w., chociaż na podstawie wycinkowych informacji można oszacować również spożycie wiekach wcześniejszych (zapiski pamiętnikarskie, kroniki miejskie, przywileje miejskie).

Prawdziwie wielkie zainteresowanie problematyką spożywania alkoholu nastąpiło w latach sześćdziesiątych minionego stulecia. Zainteresowanie tym zagadnieniem wiązało się zarówno z wpływem alkoholu na organizm człowieka, jak i z rozpowszechnieniem używania alkoholu w skali makrosocjalnej. Okazało się wtedy, że konsekwencje picia

alkoholu mogą być dolegliwe nie tylko dla jednostek, ale także dla społeczeństw (por. wyniki badań J. Jasińskiego⁴²).

Do najbardziej znanych badań nad alkoholizmem i współuzależnieniem alkoholowym prowadzonych w Polsce należą (tu podaję tytuły opublikowanych raportów z badań):

- K. Bobrowskiego *Raport z badań ewaluacyjnych nad programem profilaktyki alkoholowej „Drugi Elementarz czyli Program Siedmiu Kroków*, Warszawa 1994.,
- R. Cibora *Raport z badań ankietowych zjawiska uzależniania się dzieci i młodzieży szkolnej*, Cieszyn 1994.
- A. Nieszporka *Powody i wzory picia alkoholu przez młodzież niepełnoletnią*, Warszawa 1994.
- J. Sierosławskiego *Drugi Elementarz – wstępny raport*. Poznań 1979.
- E. Grudniak – Sobczyk *Alkohol a polska młodzież*. Raport 1992, „Alkohol a zdrowie” 1993, nr 3.
- T. Kowalewicz *Alkohol, narkotyki, AIDS. Diagnoza doświadczeń młodzieży*. Raport z analiz prób reprezentatywnych. Warszawa 1992.
- B. Grzelak – Wolniewicz *Rozmiar picia napojów alkoholowych przez młodzież*. Badania mokotowskie z lat 1984 – 1988 – 1992.

Wszelkie dane empiryczne, uzyskiwane na podstawie badań ukazują, że zdecydowana większość osób (E. Stępień podaje, że nawet do 98% populacji⁴³) przed ukończeniem 20 roku życia ma już za sobą doświadczenia związane z piciem alkoholu. Badania wskazują, że ze statystycznego punktu widzenia pierwsze kontakty z alkoholem można traktować jako swoiste normatywne doświadczenie pojawiające się w okresie poprzedzającym dorosłość⁴⁴.

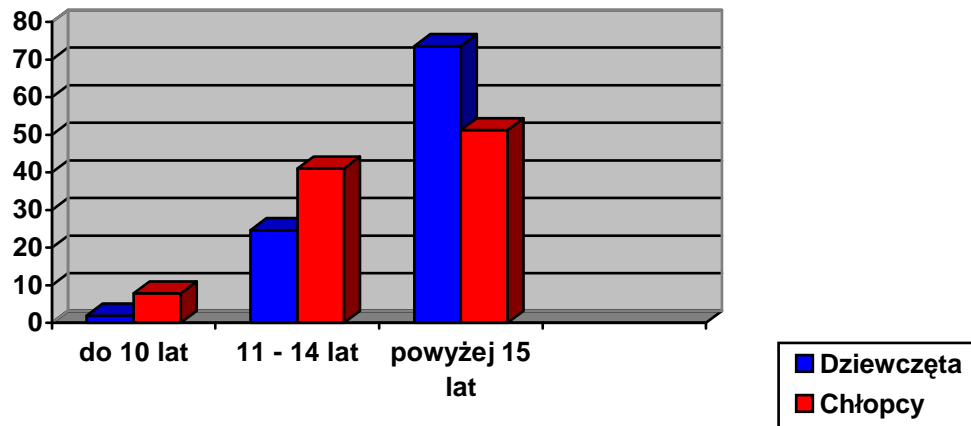
Jeśli chodzi o wiek inicjacji, to 7,8% badanych chłopców i 1,9% badanych dziewczynek miało takie doświadczenie do 10 roku życia, 41% chłopców i 24,6 %

⁴² J. Jasiński, *Spżycie napojów alkoholowych w Polsce w 1985 r.*, „Archiwum Kryminologii” 1986, nr 26.

⁴³ E. Stępień, *Alkohol a polska młodzież, Raport 1994.*, Warszawa 1995, s.7.

⁴⁴ Określenie użyte za E. Stępień, *op. cit.*, s. 7.

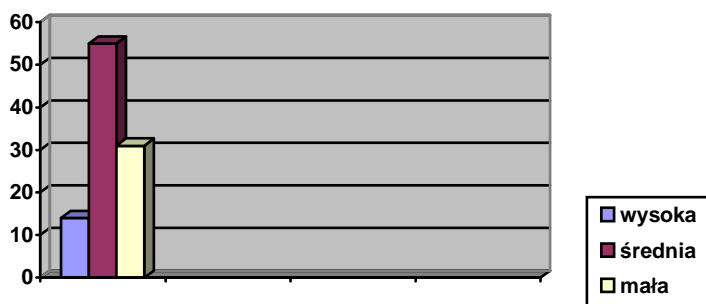
dziewcząt – pomiędzy 11 – 14 rokiem życia, a powyżej 15 lat – 51,2 % chłopców i 73,5 % dziewcząt (z badań Frączka i Stępień, 1992). Dane te ilustruje wykres nr 1.



Wykres nr 1. Wiek inicjacji alkoholowej na podstawie badań Frączka i Stępień (1992)

Wyniki polskich badań przeprowadzonych po 1989 roku wśród młodzieży szkolnej potwierdzają, że zjawisko inicjacji alkoholowej dotyczy większości młodych ludzi i w porównaniu do wcześniej cytowanych wyników wykazuje raczej tendencję wzrostową, tzn. już około 80 – 90 % dzieci posiada doświadczenia związane z piciem alkoholu.

O intensywności spożywania alkoholu można wnioskować przede wszystkim na podstawie częstości picia i ilości zazwyczaj wypijanego alkoholu za jednym razem. Operując dostępnymi danymi w zakresie powyższych badań można schematycznie przedstawić intensywność picia alkoholu przez młodzież szkolną .



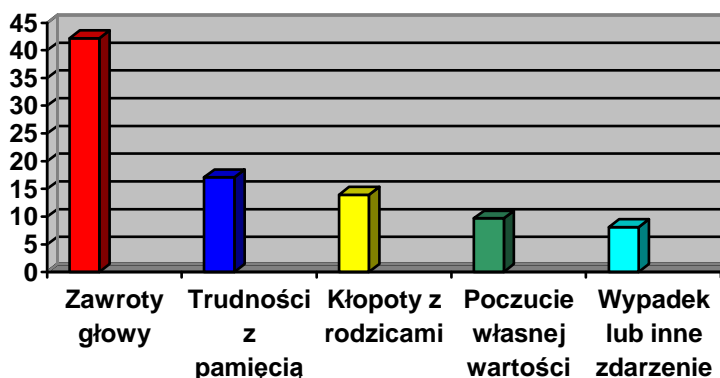
Wykres nr 2. Intensywność spożywania alkoholu przez młodzież szkolną

Jaki obraz intensywności picia wśród polskich uczniów przyniosły sondáže przeprowadzone po 1989 roku?

Na podstawie przeprowadzonych badań wyłonię zostały informacje, które można interpretować jako rozpowszechnienie wśród dzieci i młodzieży obyczaju w miarę regularnego sięgania po alkohol. Wyniki badań zawarte w formie wykresu nr 2 pokazują, że już na poziomie szkoły podstawowej mamy do czynienia ze zjawiskiem regularnego, systematycznego spożywania alkoholu; kilku uczniów na stu badanych podaje, że zazwyczaj pije alkohol przeciętnie jeden raz w tygodniu, a od kilku do kilkunastu badanych przyznaje, że pije co najmniej raz w miesiącu.

Badania pokazały również, że blisko 20% 12 - latków stwierdziło, iż upiło się co najmniej raz w życiu⁴⁵. Jeżeli nawet dane te są zawyżone, to niepokojący jest fakt, że dla młodych ludzi upicie się jest na tyle atrakcyjne, czy też ma na tyle pozytywne skojarzenia, że warto się tym pochwalić.

⁴⁵ Zob. E. Stępień, *op.cit.*, s. 15.



Wykres nr 3. Następstwa picia alkoholu według badań Moskalewicza i Sierosławskiego (1991).

Z badań, w których podejmowano problem doznawania bezpośrednich konsekwencji picia okazało się, że wśród chłopców w wieku 12 lat badanych w 1990 r. 10, 5 % miało konflikty z otoczeniem w związku ze spożyciem alkoholu.

Różnorodne okoliczności życiowe, przekonania, sytuacje, mogą sprzyjać, motywować i wreszcie ułatwiać młodzieży sięganie po alkohol. W opiniach badanej młodzieży wyrażonych w 1992 roku w Warszawie i Kraśniku (Stępień 1992) większość chłopców i dziewcząt uważa, że gdyby chciała się napić alkoholu, to mogłaby go sobie bardzo łatwo zorganizować, a tylko 4, 8 % chłopców i 12, 1 % dziewcząt uważa, że byłoby to trudne.

Młodzież organizuje sobie alkohol w różny sposób; pomijając względy finansowe, najczęściej ma do niego dostęp w domu lub po prostu kupując. Z badań chłopców z Ostrowa Wielkopolskiego (Niełacny 1994) wynika, że w 34 % domów znajduje się alkohol i chłopcy o tym wiedzą oraz mają do niego dostęp.

W aktualnych wypowiedziach młodzieży dominują podobne przekonania, co do łatwego dostępu do alkoholu. Z odmową przy zakupie alkoholu spotkało się zaledwie 20% badanych w Elblągu, a około 1/3 młodzieży badanej w Rudzie Śląskiej przyznaje, że miała kłopoty z zakupem alkoholu. Dokładniejsze dane w tym zakresie zebrano wśród uczniów szkół podstawowych w wieku 8 – 12 lat na terenie Gdańska. W badaniach tych okazało się, że tylko 22% badanych nie dokonała samodzielnego zakupu alkoholu w ciągu ostatniego roku (1996), natomiast ponad 1/3 badanych uczniów robiła to więcej niż jeden raz.

Najczęściej młodzież samodzielnie kupowała piwo. Dalsze wyniki pokazały, że 50,4 % dzieci kupowało alkohol na prośbę ojca, a 18 % na prośbę matki.

Okazuje się zatem, że młodzież nie tylko żywi przekonanie o łatwości zorganizowania sobie alkoholu, ale także nie napotyka na trudności przy jego zakupie. Co więcej, pod kierunkiem dorosłych przechodzi systematyczny „trening”, kupując go na ich polecenie. Z drugiej strony, informacje uzyskane od młodzieży wskazują na powszechny brak zainteresowania, reakcji innych osób dorosłych na fakt kupowania alkoholu przez młodzież.

Warto przytoczyć także rezultaty sondażu cieszyńskiego, w którym analiza pomiędzy częstością picia a innymi środkami uzależniającymi oraz pewnymi aspektami sytuacji szkolnej i rówieśniczej pokazała, że wśród uczniów w wieku 12 – 15 lat nasilenie częstości picia alkoholu istotnie wiąże się z:

- wzrostem częstości palenia papierosów i używania środków narkotycznych,
- obniżeniem poziomu ocen szkolnych,
- częstszym wagarowaniem,
- bardziej negatywnym stosunkiem do szkoły.

Wyniki obu przytoczonych badań wskazują na kumulowanie się niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia, rozwoju, a przede wszystkim profilaktyki uzależnień, zachowań, przekonań i innych okoliczności w życiu pijących dorastających.

Inne groźne zjawisko systematycznie ujawniane na podstawie badań wśród młodzieży dotyczy sytuacji, gdy picie alkoholu łączy się z wykroczeniami przeciw prawu. Ze statystyk policyjnych z lat 1989 – 1990 wynika, że średnio 7% młodzieży popełnia przestępstwa pod wpływem alkoholu; najczęściej są to przestępstwa typu rozboje, pobicia, uszkodzenia ciała itp. i coraz częściej – przestępstwa drogowe⁴⁶.

Jak wynika z badań, picie alkoholu w doświadczeniach młodzieży jest stałym elementem towarzyszącym spotkaniom i uroczystościom koleżeńskim i rodzinnym. O utrwalaniu się obyczaju picia alkoholu „przy okazji” świadczą przekonania badanych co do możliwości odmowy napicia się alkoholu w takich sytuacjach. W byłym województwie

⁴⁶ E. Stępień, *Alkohol a polska młodzież...*, s. 21.

legnickim badana młodzież nie odmówiłaby wypicia alkoholu z okazji urodzin lub imienin znajomych, imprezy koleżeńskiej, świąt. Jedynie 37% badanych uważa, że w każdej sytuacji można odmówić wypicia alkoholu.

Wśród motywów picia alkoholu młodzież najczęściej wymienia następujące względy: towarzysko – zabawowe, poczucie pewności i łagodzenie bólu, ucieczkę od rzeczywistości, „by nie być gorszym”, „bo nie wypada odmówić”.

Przedstawione badania i analizy nie wyczerpują wszystkich problemów związanych z piciem alkoholu przez młodzież. Zaprezentowane przeze mnie badania dowodzą, że doświadczenia związane z piciem alkoholu są charakterystyczne dla coraz młodszych. – zaledwie kilka procent dorastających nie zna smaku alkoholu. W zakresie rozpowszechnienia kontaktów z alkoholem, jak również intensywności picia napojów alkoholowych można obserwować, na przestrzeni kilku ostatnich lat, różnice związane z płcią, wiekiem i środowiskiem szkolnym. Liczba osób sięgających po alkohol oraz intensywność picia zwiększa się wraz z wiekiem u obu płci. Już w szkole podstawowej młodzież rozpoczyna picie napojów alkoholowych, zjawisko picia nasila się w szkołach średnich.

Ogólnie analizowane materiały pokazały niekorzystne tendencje w spożywaniu alkoholu przez młodzież, w szczególności zaś:

- obniżanie się wieku inicjacji alkoholowej,
- wzrost rozpowszechnienia obyczaju picia alkoholu wśród młodzieży,
- wzrost częstości sięgania po alkohol,
- około 20% uczniów można uznać za zagrożonych alkoholizmem.

Młodzież pijąca alkohol częściej niż niepijąca sięga po papierosy i eksperymentuje z innymi rodzajami używek. Ogólnie można stwierdzić, że wyniki badań wskazują na kumulowanie się w życiu dorastających wśród alkoholu niekorzystnych z punktu widzenia zdrowia i rozwoju zachowań, przekonań i innych okoliczności. Taka sytuacja sprzyja utrwalaniu się nawyku picia alkoholu, a w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo wytworzenia się określonego stylu picia.

Badania pokazały wreszcie, że intensywność picia alkoholu wśród młodzieży wiąże się z takimi aspektami, jak: dostępność alkoholu, motywy i okoliczności picia, wiedza na temat alkoholu. J. Hawkins nazywa to *czynnikami ryzyka alkoholowego*. Poniżej

zamieszczona została tabela, w której zebrałam czynniki ryzyka alkoholowego i ich przejawy w Polsce (na podstawie analiz przeprowadzonych badań).

Tabela nr 1. Dynamika czynników ryzyka alkoholowego młodzieży w Polsce w świetle badań.

CZYNNIK RYZYKA	PRZEJAWY W POLSCE
1. Zasady sprzedaży alkoholu.	Nagminne łamanie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
2. Proalkoholowe normy kulturowe.	Promocja picia w reklamach TV, gale piosenki biesiadnej, festyny.
3. Dostępność alkoholu.	Ogromnie bogaty rynek, rozbudowana sieć sprzedaży alkoholu.
4. Status ekonomiczny społeczeństwa.	Poszerzająca się strefa ubóstwa, stale rosnące bezrobocie, w tym bezrobocie strukturalne.
5. Specyficzne środowisko.	Wsie po nieistniejących już PGR – ach, spadek tempa budownictwa mieszkaniowego, wzrost przestępczości nieletnich.
6. Cechy biologiczne.	Osłabienie kondycji biologicznej społeczeństwa, zła dieta, częste sięganie po używki.
7. Wychowanie w rodzinie.	Osłabienie wpływu wychowawczego, brak reakcji rodziców na reklamę alkoholu, mniej czasu poświęcanego dzieciom.
8. Niepowodzenia szkolne	Przesunięcie akcentu na kształcenie i rywalizację, osłabienie systemu oświaty, pogłębianie się barier edukacyjnych.
9. Pozytywne nastawienie do picia.	Promocja picia przez idoli muzycznych czy filmowych, komercjalizacja sztuki przez przemysł używek, reklama skierowana do młodych podkreślająca atrakcyjność spożywania alkoholu (w tym motyw seksu i bogactwa).

Wspominając o badaniach nad alkoholizmem dzieci nie można pominąć bodaj skrótowego przeglądu programów i projektów profilaktycznych. Ostatnie lata obfitowały bowiem w próby uruchomienia szerokich programów profilaktycznych. Przyjrzyjmy się tym programom, które objęły swym zasięgiem największą liczbę osób.

1. Program Drugi Elementarz albo Program Siedmiu Kroków.

Program ma strukturę kaskadową: kilkunastu autorów przygotowuje grupę kilkuset instruktorów. Z kolei przeszkoleni instruktorzy mają za zadanie rekrutować 12 – 14 realizatorów prowadzących swoje grupy. Każdy realizator dysponuje programem zajęć, kasetą magnetofonową z nagranyymi wypowiedziami muzyków rockowych, kasetą video, kompletem ulotek dla każdego uczestnika, ankietami badawczymi i ewaluacyjnymi.

2. Program profilaktyczny NOE.

Program prowadzony w licznych (100 – 300 osób) grupach ma formę swoistego happeningu. Spotkanie podzielone jest na trzy części: I – Prawda, II – Miłość, III – Wolność. Ważną częścią programu jest seria przygotowanych świadectw uczestników wspólnot samopomocowych, spełniających rolę liderów grupy.

3. Program Nasze Spotkania.

Autorami programu są Maria i Piotr Fijewscy. Obejmuje cztery obszary: kontakt z samym sobą, z innymi osobami, umiejętność radzenia sobie z trudnościami i umiejętność pomagania innym.

4. Program Spójrz inaczej.

Przygotowany przez Piotra Kołodziejczyka ze Starachowic. Stosowany w klasach młodszych. Inicjatywa jest w rękach nauczyciela, przygotowanego wcześniej przez instruktora. Do pomocy podręcznik i kasetka szkoleniowa.

5. Program Dziękuję, nie.

Przygotowany jako program krótkiej edukacji, skierowanej na podstawową wiedzę o problemach alkoholowych, umiejętność konstruktywnego odmawiania, powiększanie autonomii i kompetencji ucznia.

6. Program TAK czy NIE.

Autorem programu jest Witold Skrzypczyk. Program realizowany przy pomocy podręcznika do zajęć.

Można postawić sobie pytanie o skuteczność tych kilku wymienionych wyżej programów, gdyż badania na świecie wykazują, że długotrwały skutek prewencyjny najtrudniej osiągnąć właśnie w stosunku do osób zagrożonych uzależnieniem od alkoholu. Wydaje się jednak, iż najważniejszy jest sam pomysł na to, jak dzieci i młodzież skutecznie odciągnąć od alkoholu oraz jego skuteczne wdrażanie. Wtedy, moim zdaniem, o wyniki tychże programów możemy być spokojni.

