

Wydział Pedagogiki i Psychologii  
Zakład Psychologii Wychowawczej i Psychoprofilaktyki

ANITA ANNA RAWA

*Rodzinne uwarunkowania narkomanii wśród młodzieży*

---

Family conditions related to drug-addiction among adolescents

Rozważając zagadnienia związane z wychowaniem, nie sposób nie wspomnieć o rodzinie, która wywiera bardzo silny i długotrwały wpływ na dziecko. Rodzina jest miejscem biologicznych narodzin człowieka i pierwszym środowiskiem wychowawczym. Jednostka ludzka jest bardzo długo niesamodzielna i całkowicie zależna od swoich opiekunów, stąd siła ich oddziaływań jest ogromna. Poza tym rodzinę tworzą osoby związane ze sobą emocjonalnie i emocje te są zazwyczaj silne — niezależnie od tego, czy są pozytywne czy negatywne. Wszystko to sprawia, że wpływ rodziny jest tak wyraźny, że trwa nawet po odejściu z domu.

Rodzinę definiuje się jako grupę ludzi powiązanych ze sobą więzami krwi, małżeństwa lub adopcji, posiadających wspólną historię i/lub przyszłość (Lantz 1979, Gaś 1994). Obojętne, jaki typ rodziny bierze się pod uwagę (dwu- czy wielopokoleniową), zawsze jest jasne, kto do niej należy, a kto jest poza nią. Jest ona niewielką grupą o względnie stałym składzie swych członków i wyraźnej granicy przynależności. Nie ma tu takiej płynności członków jak w innych grupach społecznych, do których można wejść i z których można się wypisać. Do rodziny należy się nawet wtedy, gdy się ją porzuci (Dyczewski 1994).

Nowoczesne rozumienie rodziny polega na traktowaniu jej w sposób całościowy, czyli systemowy. Słowo „system” pochodzi z greckiego *systema* i oznacza złożoną rzecz. System rodzinny to zbiór indywidualnych jednostek wzajemnie ze sobą powiązanych. Każda osoba w rodzinie jest częścią całego systemu, dlatego

to, czego doświadcza jeden z członków rodziny, odnosi się w pewnym stopniu do pozostałych (Bertalanffy 1984, Bradshaw 1994). Zmiana w jednej części systemu pociąga za sobą zmianę w innej jego części, a brak uczestnictwa jednego choćby elementu w procesie zmiany może uniemożliwić proces zmiany całego systemu (Radochoński 1984, 1987, Drożdżowicz 1994).

Elementy każdego systemu funkcjonują w pewnych granicach. Wszystko, co jest poza nimi, jest otoczeniem systemu. Odnosi się to do wszystkich systemów: granice posiada zarówno komórka, narząd, jak i całe ciało — również rodzina i inne grupy. System rodzinny posiada dwa rodzaje granic: zewnętrzne i wewnętrzne. Granice zewnętrzne oddzielają rodzinę od innych, szerszych systemów, a jednocześnie umożliwiają przepływ informacji między rodziną a otoczeniem zewnętrznym. Granice zewnętrzne rodziny są określone między innymi przez: posiadanie oddzielnego mieszkania czy domu, zamykanie drzwi, ogrodzenie wokół domu, posiadanie groźnego psa, a także poprzez posiadanie telefonu (jawnego czy zastrzeżonego), wymianę wizyt z sąsiadami i przyjaciółmi itp. (Radochoński 1987, Braun-Gałkowska 1992). Granice wewnętrzne to granice między poszczególnymi członkami systemu rodzinnego. Na najbardziej konkretnym poziomie granicami mogą być ściany i drzwi mieszkania (np. rodzice zamykają na noc drzwi od sypialni). Na poziomie bardziej abstrakcyjnym granicami mogą być zasady rodzinne regulujące przepływ informacji i poziom komunikacji między członkami rodziny, prawa i obowiązki każdego z członków rodziny oraz dostęp do określonych przywilejów (np. kto w rodzinie może używać samochodu). Warunkiem prawidłowego rozwoju jednostki i całej rodziny jest obecność trwałych, ale względnie elastycznych granic między podsystemami. Jeżeli granice są niewyraźne, zbyt przepuszczalne, członkowie rodziny są za bardzo od siebie zależni, nie mogą żyć bez siebie. Kiedy granice są zbyt sztywne, członkowie rodziny są odizolowani, obojętni wobec siebie, nie angażują się głęboko we wzajemne kontakty (Radochoński 1987, Namysłowska 1992, por. Praszkiel 1992).

Inną cechą wszystkich systemów, również rodziny, jest ich hierarchiczna organizacja. Każda rodzina składa się z mniejszych jednostek strukturalnych, czyli podsystemów, sama zaś stanowi komponent większej całości — nadsystemu. Podsystemem w rodzinie może być jedna, dwie, trzy osoby, a przy tym te same osoby mogą wchodzić w skład różnych podsystemów (np. podsystem małżeński i rodzicielski). Nadsystemem dla systemu rodzinnego jest np. środowisko lokalne albo społeczeństwo jako całość (Radochoński 1987, Barbaro 1994).

Kolejną właściwością systemu rodzinnego jest tzw. równowaga dynamiczna. Każda rodzina znajduje się w ciągłym ruchu, aby utrzymać równowagę między tendencją do zmiany (w wyniku napływających informacji z zewnątrz) a tendencją do zachowania *status quo* (musi pozostawać wciąż tą samą rodziną). W naturalnym rozwoju rodziny występuje wiele zdarzeń i sytuacji, które mogą zaburzać

jej równowagę. Będą to zarówno zmiany rozwojowe — narodziny i dojrzewanie dziecka, śmierć członka rodziny itp., jak i wypadki losowe: nagłe kalectwo, bankructwo, powódź, spadek itp. Zdrowy, dobrze funkcjonujący system adekwatnie przystosowuje się do tych zmian, tzn. częściowo zmienia swą strukturę, zasady i role rodzinne, ale nadal pozostaje tym samym systemem. Natomiast system zaburzony albo kosztuje, nie dopuszczając do zmian, albo zmienia się tak bardzo, że wymaga pomocy w odnalezieniu zagubionej tożsamości (por. Radochoński 1987, Praszki 1992).

Mimo że grupę rodzinną tworzą ludzie związani ze sobą emocjonalnie i zazwyczaj wzajemnie sobie bliscy, to jednak nie zawsze wpływ rodziny jest pozytywny i pożądany. Kiedy rodzina jako grupa rozpoznaje potrzeby swoich członków, wówczas rozwijają się oni w sposób funkcjonalny. Natomiast jeżeli rodzina nie rozpoznaje indywidualnych potrzeb swoich członków, wtedy mówimy o dysfunkcjonalności (por. Lantz 1979).

Susan Forward (1992), pisząc o dysfunkcjonalności rodziny, używa pojęcia „toksyczni rodzice” na określenie rodziców, którzy „w sposób stały i dominujący wpływają negatywnie na życie dziecka”. Forward widzi swoistą cykliczność toksycznych zachowań. Otóż prawie wszyscy dorośli, których rodzice byli toksyczni, cierpią na podobne zaburzenia: zachwianie poczucia własnej wartości prowadzące do destrukcyjnych zachowań, poczucie bezwartościowości i nieadekwatności, przez co przenoszą negatywne wzory zachowań na własne dzieci — i cykl się powtarza. John Bradshaw (1994) również pisał o tym, że zachowania dysfunkcjonalne powtarzają się w kolejnych pokoleniach. Według niego dysfunkcjonalne rodziny składają się z dysfunkcjonalnych jednostek, które z kolei wychowują nowe, dysfunkcjonalne osoby.

Według koncepcji systemowej przejawem dysfunkcjonalności rodziny mogą być sygnały pojawiające się u co najmniej jednego jej członka — od niepokoju, depresji, złości, dolegliwości somatycznych po objawy patologiczne, takie jak alkoholizm, narkomania, choroba psychiczna. Teoria systemu rodzinnego uznaje całą rodzinę za pacjenta, a osobę prezentującą objawy traktuje jako sygnał psychopatologii rodziny. Osoba zidentyfikowana jako pacjent staje się więc objawem dysfunkcjonalności systemu rodzinnego, a sama rodzina jest objawem dysfunkcjonalności społeczeństwa jako całości (por. Lantz 1979, Bradshaw 1994).

Zatem zgodnie z systemową koncepcją rodziny zażywanie narkotyków przez dziecko nie jest tylko problemem dziecka, lecz przejawem dysfunkcji całego systemu rodzinnego. Nośnikiem zaburzeń nie jest pojedyncza osoba, lecz cały system rodzinny, w którym są zaburzone wzajemne relacje między jego członkami. Wynika z tego, że nie tylko dziecko uzależnione jest odpowiedzialne za swój nałóg, ale też nie są za to odpowiedzialni tylko jego rodzice. Są to bowiem osoby włączone w system wzajemnych interakcji i podtrzymujące ten system.

Według D. M. Reilly'ego (za: Rogala-Obłękowska 1995) w rodzinach, w których osoba zażywa narkotyki, brakuje wymiany emocjonalnej; komunikacja między ich członkami jest tej emocjonalności pozbawiona. Wynika to prawdopodobnie z ambiwalencji wewnątrz rodziny — z jednej strony członkowie rodziny boją się odrzucenia, z drugiej przeraża ich emocjonalna bliskość. Dlatego niebezpieczne staje się otwarte wyrażanie uczuć. Lęk przed odrzuceniem to obawa przed separacją, izolacją, samotnością, natomiast lęk przed bliskością to obawa przed utratą swej indywidualności i niezależności (Reilly, za: Rogala-Obłękowska 1995).

Dziecko szybko uczy się, że jedynym sposobem zwrócenia na siebie uwagi jest przysparzanie innym kłopotów swoim zachowaniem. W atmosferze obojętności i braku czułości każdy przejaw zainteresowania jest dla dziecka cenny — zarówno pozytywny, jak i negatywny. Zdaniem Reilly'ego (za: Rogala-Obłękowska 1995), jest to mechanizm powstawania silnych wzmocnień dla zachowań patologicznych.

Według F. Streita (za: Gaś 1994) istnieje bezpośredni związek między zachowaniem patologicznym dzieci a dokonywaną przez nie percepcją własnego środowiska rodzinnego: młodzież sięga po narkotyki nie po to, aby zmienić siebie lub rzeczywistość, lecz po to, aby zmienić percepcję siebie lub rzeczywistości.

D. H. Stanton (za: Gaś 1994) uważa, że rodziny narkomanów charakteryzują się intensywnym lękiem przed separacją niektórych swych członków. Narkomani nie funkcjonują prawidłowo, ponieważ są zbyt zależni od rodziny i nie są przygotowani do podjęcia samodzielnego życia oraz ponoszenia za nie odpowiedzialności. Dochodzi do tego fakt, że gdy narkoman podejmuje próby usamodzielnienia się i zaczyna osiągać w tym pierwsze sukcesy, to rodzina odbiera to jako zagrożenie związane z odejściem i uzyskaniem przez niego samodzielności. Pojawia się więc kryzys w rodzinie, na który w odpowiedzi osoba odurzająca się podejmuje szereg nieprzemyślanych i wadliwych zachowań, ukazujących jej niezdolność do autonomicznego życia, a tym samym osłabiają kryzys w rodzinie. To pokazuje, że nie tylko narkoman lęka się oddzielenia od rodziny, ale i rodzina boi się jego utraty.

Wychodząc z przedstawionych tu założeń teoretycznych, postanowiłam sprawdzić, jak członkowie rodzin narkomanów spostrzegają swoje rodziny. Zaprezentowane tu wyniki są fragmentem badań prowadzonych przeze mnie w 1998 roku i dotyczą percepcji funkcjonowania własnej rodziny oraz percepcji postaw rodzicielskich przez narkomanów i ich matki.

Pierwsza hipoteza, jaką postawiłam, dotyczyła tego, że rodziny narkomańskie mają cechy rodzin dysfunkcyjnych, to znaczy, że cechują się zbyt niską lub zbyt wysoką spójnością i adaptacyjnością, a proces porozumiewania się ich członków jest zaburzony.

**Spójność** to więź emocjonalna między poszczególnymi członkami rodziny. Można opisać cztery typy rodzin, w zależności od poziomu spójności:

1. Systemy luźne (bardzo niski poziom spójności) charakteryzują się bardzo słabą więzią emocjonalną. Członkowie rodziny starają się jak najwięcej czasu spędzać poza rodziną i dystansują się od niej emocjonalnie. Bardzo sztywne są granice międzypokoleniowe.

2. Systemy odseparowane (poziom spójności niski do umiarkowanego) charakteryzują się umiarkowaną lub osłabioną więzią emocjonalną. Dla członków rodziny jednakowo ważny staje się czas spędzany z rodziną, jak i poza nią. Nadal zachowywane są wyraźne granice międzypokoleniowe.

3. Systemy połączone (poziom spójności umiarkowany do wysokiego) cechuje umiarkowana lub silna więź emocjonalna. Wolny czas rodzina spędza na ogół wspólnie, decyzje podejmowane są przez całą rodzinę, do wyjątków należą decyzje indywidualne.

4. Systemy zwarte (poziom spójności bardzo wysoki) cechują się bardzo silną więzią emocjonalną. Wszyscy członkowie rodziny maksymalnie dużo czasu spędzają razem. Praktycznie zanika przestrzeń prywatna. Wszystkie decyzje życiowe podejmowane są wspólnie (Gaś 1994).

Zarówno zbyt słaba, jak i zbyt silna więź emocjonalna między członkami rodziny może sprzyjać odurzaniu się dziecka. W razie bardzo wysokiego poziomu spójności członkowie rodziny niemal „zlewają się” ze sobą, nie ma tu miejsca na indywidualizm i niezależność. Odurzanie się dziecka może więc być dla niego sposobem na oddzielenie się od reszty rodziny. W rodzinach o bardzo niskim poziomie spójności nie ma więzi emocjonalnej i wtedy zażywanie narkotyków może być próbą zmniejszenia napięcia spowodowanego brakiem czułości i miłości ze strony rodziców oraz sposobem na znalezienie zastępczej grupy bliskich osób (subkultura narkomańska).

**Adaptacyjność** to zdolność systemu rodzinnego do reagowania na stres rozwojowy lub sytuacyjny. Systemy żywe, także rodzina, potrzebują zarówno zmiany, jak i stabilności. Ważne jest, aby zachowana była równowaga między wprowadzaniem zmian a utrzymywaniem stanu dotychczasowego. Tutaj także można wyróżnić cztery rodzaje systemów rodzinnych, w zależności od poziomu adaptacyjności:

1. Systemy sztywne (bardzo niski poziom adaptacyjności) w razie zadziałania czynnika destabilizującego mają tendencję do nadmiernego usztywniania swych granic i zasad, za wszelką cenę chcąc zachować *status quo*, co powoduje zwiększenie napięcia w rodzinie i nieumiejętność rozwiązywania problemów.

2. Systemy ustrukturalizowane (poziom adaptacyjności od niskiego do umiarkowanego) — nadal chcą zachować stabilność, ale dopuszczają możliwość pewnej zmiany. Zasady w tych rodzinach zmieniają się jednak rzadko.

3. Systemy elastyczne (poziom adaptacyjności od umiarkowanego do wysokiego) dopuszczają możliwość zmiany, potrafią radzić sobie z problemami, w razie potrzeby możliwa jest zmiana zasad.

4. Systemy chaotyczne (bardzo wysoki poziom adaptacyjności) mają tendencję do destabilizacji, ponieważ dramatycznie zmieniają normy, role i sposoby funkcjonowania w sytuacjach zaburzających równowagę. Dlatego nie potrafią rozwiązywać problemów w sposób adekwatny (por. Radochoński 1987, Gaś 1994).

Zarówno system szybko zmieniający swą strukturę, czyli chaotyczny, jak i niezmienny, sztywny mogą prowadzić do poczucia niepewności i zagrożenia oraz spowodować brak poczucia bezpieczeństwa. W konsekwencji dziecko zaczyna się odurzać, aby zagłuszyć te nieprzyjemne uczucia.

**Procesy komunikacyjne** to sposoby wymiany informacji między poszczególnymi członkami rodziny, przy czym informacją jest wszystko, co ma miejsce w danej sytuacji, nie tylko słowa. Efektywna komunikacja w rodzinie jest przyczyną, a jednocześnie oznaką funkcjonalności rodziny. W rodzinach dysfunkcyjnych sposobem porozumiewania się członków są objawy. Samo pojawienie się objawu świadczy o trudnościach w otwartym wyrażaniu uczuć przez członków rodziny, a jego utrzymywanie się wtórnie zaburza funkcjonowanie rodziny, a tym samym i komunikację. W rodzinach narkomanów objawem dysfunkcyjności jest odurzanie się dziecka, zatem można przypuszczać, iż procesy komunikacyjne będą w tych rodzinach zaburzone.

Kolejną hipotezą, jaką postawiłam, było przypuszczenie, iż w rodzinach narkomanów postawy rodziców wobec dzieci były lub są nieadekwatne. Systemy rodzinne istnieją dzięki ogromnej liczbie interakcji między ich elementami. Jednym z rodzajów interakcji są **postawy rodzicielskie**, które określają uczuciowy stosunek rodziców do dziecka. Można je zdefiniować jako oddziaływanie rodziców na dziecko, mające na celu uspołecznienie go. Ponieważ narkotyzowanie się jest zjawiskiem społecznie nieaprobowanym, można przypuszczać, iż uspołecznienie dzieci w rodzinach narkomanów jest zaburzone.

W moich badaniach zastosowałam następujące testy: „Profil Rodziny” w opracowaniu Z. B. Gasia, Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami i Dziećmi PCR A. Roe i M. Siegelmana, Kwestionariusz dla Rodziców do Badania Postaw Rodzicielskich M. Ziemskiej. Zestaw zmiennych i ich wskaźników prezentuję w tabeli 1.

#### WYNIKI BADANIA KWESTIONARIUSZEM „PROFIL RODZINY”

Osoby uzależnione spostrzegają następujące cechy w swoich rodzinach (tab. 2):

Tab. 1. Zmienne zależne i ich wskaźniki  
Dependent variables and their coefficients

Zmienna	Operacjonalizacja zmiennej
Spójność systemu rodzinnego	— wynik w skali „Spójność” oraz „Dezintegracja rodziny” w Profilu Rodziny
Adaptacyjność systemu rodzinnego	— wynik w skali „Adaptacyjność” oraz „Trudności rozwojowe” w Profilu Rodziny
Komunikacja w systemie rodzinnym	— wynik w skali „Wzajemne zrozumienie” oraz „Role rodzinne” w Profilu Rodziny
Postawy rodzicielskie: — w percepcji dzieci — w percepcji rodziców (matek)	— wyniki poszczególnych skal (L, D, A, R, C) kwestionariusza PCR — wersja M i wersja O — wyniki poszczególnych skal (G, B, K, D) w kwestionariuszu M. Ziemskiej

Tab. 2. Średnie i odchylenia standardowe dla poszczególnych skal „Profilu Rodziny”  
Mean standard deviations for the particular scales of “The family profile”

Skale	Grupa dzieci (n=30)		Grupa matek (n=8)	
	X	S	X	S
S	4,93	1,95	3,75	1,58
A	4,20	1,61	3,00	1,85
WZ	4,13	1,80	2,63	1,41
RR	7,73	1,89	8,50	1,41
TR	6,53	1,48	7,88	1,96
DR	6,90	2,07	7,38	2,50
PF	3,73	1,74	2,75	1,49

S — spójność rodziny; A — adaptacyjność rodziny; WZ — wzajemne zrozumienie; RR — role rodzinne; TR — trudności rozwojowe; DR — dezintegracja rodziny; PF — poczucie funkcjonalności.

- umiarkowany poziom spójności (S=4,93),
- obniżony poziom adaptacyjności (A=4,20),
- obniżony poziom wzajemnego zrozumienia (WZ=4,13),
- duża ilość patogennych ról rodzinnych (RR=7,73),
- umiarkowany poziom trudności rozwojowych (TR=6,53),
- podwyższony poziom dezintegracji rodziny (DR=6,90),
- niski poziom funkcjonalności rodziny (3,73).

Zatem w percepcji osób uzależnionych ich rodziny charakteryzują się umiarkowaną więzią emocjonalną między poszczególnymi członkami, co pozwala im przeżywać poczucie wspólnoty i bliskości (systemy odseparowane). Jednakowo ważny jest czas spędzany z rodziną, jak i czas przebywania w samotności. W tego typu rodzinach zazwyczaj są wyraźne granice międzypokoleniowe, zaznacza się koalicja małżeńska. Większość decyzji podejmowanych jest indywidualnie, choć

zdarzają się decyzje wspólne. Według narkomanów w ich rodzinach są pewne problemy z przystosowaniem się do zmian rozwojowych, trudno im współdziałać i konstruktywnie radzić sobie z kryzysami. Trudności sprawiają, że sytuacje kryzysowe nie integrują rodziny, lecz nasilają jej poczucie dysfunkcjonalności. Badane rodziny mają tendencję do zachowywania stabilności i usztywniania zasad w sytuacjach kryzysowych. W rodzinach narkomanów jest zaburzone komunikowanie się, ponieważ ich członkowie nie próbują zrozumieć motywów i postępowania innych. W rodzinie występuje wiele patogennych ról o charakterze wzajemnie powiązanych tożsamości. Osoby uzależnione mają poczucie, że poziom funkcjonalności ich rodzin jest obniżony.

W percepcji matek narkomanów ich rodziny charakteryzują się:

- niską spójnością ( $S=3,75$ ),
- niską adaptacyjnością ( $A=3,00$ ),
- niskim poziomem wzajemnego zrozumienia ( $WZ=2,63$ ),
- występowaniem dużej ilości patogennych ról rodzinnych ( $RR=8,50$ ),
- wysokim poziomem trudności rozwojowych ( $TR=7,88$ ),
- zwiększonym poczuciem dezintegracji ( $DR=7,38$ ),
- niskim poziomem funkcjonalności ( $PF=2,75$ ).

Matki narkomanów spostrzegają swoje rodziny bardziej skrajnie niż uzależnione dzieci. Percypują w swoich rodzinach osłabioną więź emocjonalną między poszczególnymi członkami, co utrudnia im przeżywanie poczucia wspólnoty i uzewnętrznianie swoich myśli i emocji. Według matek osób uzależnionych ich rodziny nie potrafią adekwatnie przystosować się do zmian rozwojowych, co przejawia się w schematyzmie działania, stagnacji, pesymizmie i bezradności w sytuacji kryzysu. Członkowie rodziny mają trudności z konstruktywnym radzeniem sobie z problemami rodzinnymi, trudno im przystosować się do zmian rozwojowych i współdziałać w sytuacjach trudnych. Kryzysy nie integrują rodziny, lecz nasilają jej poczucie zagrożenia i poziom dysfunkcjonalności. Matki osób uzależnionych spostrzegają w swoich rodzinach zaburzenia w porozumiewaniu się, ponieważ ich członkowie nie są otwarci na cudze komunikaty i nie próbują wzajemnie się rozumieć.

#### WYNIKI BADANIA TESTEM PCR

Wszystkie wyniki uzyskane przez osoby uzależnione w Kwestionariuszu Stosunków Między Rodzicami a Dziećmi PCR mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych (8–12 tetronów) (tab. 3). Jednakże są one na tyle zróżnicowane, że łatwo można zauważyć pewne wyraźne tendencje.



Tab. 3. Średnie i odchylenia standardowe oraz poziomy istotności różnic w poszczególnych skalach testu PCR — percepcja narkomanów  
Average standard deviations for the particular scales of PCR Test — perception of drug-addicts

Postawy	Wersja M		Wersja O		p.i.
	X	s	X	S	
L	8,87	5,95	8,69	4,55	n.i.
D	9,63	4,33	10,93	5,92	
A	9,67	3,85	9,07	4,28	
R	9,30	4,80	10,69	5,16	
C	11,10	5,50	9,79	5,44	

L — postawa kochająca; D — postawa wymagająca; A — postawa ochraniająca; R — postawa odrzucająca; C — postawa liberalna.

Pytania w kwestionariuszu PCR dotyczą postaw rodzicielskich uwidaczniających się do 12 roku życia osoby badanej, jest więc to test retrospektywny. Oczywiście, bardzo trudno jest odgraniczyć postawy rodzicielskie odczuwane w dzieciństwie, od tych, które mogły pojawić się później. Można się jednak spodziewać, iż będzie tu występować pewna ciągłość — rodzice nieakceptujący dziecka w wieku dziecięcym raczej nie będą go akceptować w wieku młodzieńczym, który jest i dla nich i dla dziecka znacznie trudniejszy. Rodzice prawdziwie akceptujący dziecko — według moich przypuszczeń — pozostaną przy tej postawie. Trudno tu znaleźć całkowicie obiektywne informacje, ale tak naprawdę ważniejsze jest przecież to, co czuły i czują osoby uzależnione w stosunku do postaw wychowawczych swych rodziców, nawet jeśli są to wrażenia niedokładne — bo przecież właśnie ich percepcja postaw rodzicielskich najbardziej wpływa na ich zachowanie i samopoczucie w rodzinie, nie zaś tzw. prawda obiektywna. Otóż osoby uzależnione spostrzegają, że ich matki przejawiały wobec nich najmniej postawy kochającej, a najwięcej liberalnej, zaś ojcowie — najmniej kochającej, najwięcej wymagającej i odrzucającej. Zatem to, co najbardziej zwraca uwagę, to poczucie nieakceptacji ze strony obojga rodziców. Wynika z tego, iż osoby uzależnione wspominają, iż jako dzieci miały zbyt mało akceptacji ze strony rodziców. Według narkomanów ich matki przejawiały głównie postawę liberalną, co oznacza, że nie interesowały się zbyt swoimi dziećmi, a więc nie miały wobec nich specjalnych wymagań. Niewiele było też określonych zasad postępowania. Ojcowie zaś przeciwnie — według narkomanów stawiali im wysokie wymagania, podawali ściśle zarządzenia, które musiały być przestrzegane, mieli skłonność do dominowania, a nawet despotyzmu. Osoby uzależnione wspominają swych ojców jako chłodnych, negatywnie ustosunkowanych i mało liczących się z ich zdaniem.

Taki układ postaw wychowawczych rodziców nie jest korzystny dla rozwoju dziecka, ponieważ zachowania rodziców wzajemnie się wykluczają, a jedyną

wspólną postawą jest nieakceptowanie dziecka. Tworzy to klimat braku bezpieczeństwa i ambiwalencji w rodzinie.

#### WYNIKI BADANIA KWESTIONARIUSZEM MARIII ZIEMSKIEJ

Matki narkomanów spostrzegają swoje postawy wychowawcze w sposób następujący (tab. 4):

Tab. 4. Średnie i odchylenia standardowe poszczególnych skal testu M. Ziemskiej — postawy rodzicielskie matek narkomanów  
Average standard deviations of the particular scales of M. Ziemska's test — parental attitudes of drug-addicts' mothers

Postawy	X	S
G	4,00	1,51
B	7,88	0,83
K	5,50	2,62
D	4,62	2,68

G — górowanie; B — bezradność; K — koncentracja uczuciowa na dziecku; D — dystans.

- brak tendencji do górowania (G=4,00),
- wyraźne poczucie bezradności w kontaktach z dzieckiem (B=7,88),
- przeciętne nasilenie postawy koncentracji na dziecku (K=5,50),
- przeciętne nasilenie postawy dystansu wobec dziecka (D=4,62).

Zatem matki narkomanów mają przede wszystkim poczucie braku umiejętności radzenia sobie z dzieckiem. Nie mają pomysłu na wychowywanie dzieci, wydaje im się, że jest to bardzo trudne. Nie wiedzą, kiedy być stanowczą wobec dziecka, a kiedy mu ustępować. Oprócz tego mają pewną tendencję do koncentrowania swej uwagi na dziecku, co nie powinno dziwić, zważywszy na fakt, iż zażywa ono narkotyki. Jednakże ta postawa może pociągać za sobą skłonność do przesadnej troski i niepokoju. Matki narkomanów uważają ponadto, iż utrzymują bliski kontakt z dzieckiem i starają się liczyć z jego zdaniem.

#### DYSKUSJA WYNIKÓW

Uzyskane wyniki badań potwierdzają zasadność systemowego myślenia o rodzinie i rozpatrywania przyczyn narkomanii z tego punktu widzenia. Pokazują, że w percepcji ich członków rodziny narkomanów przejawiają dysfunkcyjne sposoby zachowań. Członkowie badanych rodzin spostrzegają niski (matki) lub umiarkowany (narkomani) poziom spójności swych rodzin, nieumiejętność

rozwiązywania problemów i radzenia sobie ze stresem rozwojowym czy sytuacyjnym, trudności w komunikacji. Wyniki moich badań pokazują również, że wyraziste są nieprawidłowości w interakcjach rodzinnych, których szczególnym przejawem są postawy. Zarówno matki, jak i ojcowie narkomanów przejawiali — w percepcji tych ostatnich — wiele nieprawidłowych postaw rodzicielskich. Nie dość, że postawy te były nieprawidłowe, to jeszcze wzajemnie sprzeczne: matki narkomanów za mało od dzieci wymagały (liberalizm), a ojcowie zaś za dużo. Jedni i drudzy nie dali dzieciom wystarczająco dużo miłości. Same matki przyznają się do tego, iż nie miały pomysłu na wychowanie swych dzieci, były i są wobec nich bezradne, zaś ojcowie — przez fakt odmowy udziału w badaniach — potwierdzili tym samym, że nie są zainteresowani rozwiązaniem problemów ich dzieci i całej rodziny. Można zatem stwierdzić, że kolejną cechą badanych rodzin jest dysfunkcja poszczególnych członków rodziny i zaburzenia ich wzajemnych relacji. Potwierdza to teorię Susan Forward (o cykliczności toksycznych zachowań w rodzinie) oraz teorię Bradshawa (o powtarzaniu zachowań dysfunkcyjnych przez kolejne pokolenia) oraz jedno z głównych założeń teorii systemowej, że w rodzinach dysfunkcyjnych wyraziste są zaburzenia interakcji.

Oczywiste jest jednak, że nie w każdej takiej rodzinie pojawi się problem narkomanii, bowiem mechanizm dysfunkcji systemu rodzinnego wygląda podobnie we wszystkich rodzinach. O tym, czy w rodzinie pojawi się alkoholizm, narkomania, depresja, złość, czy otwarty konflikt, zależy od bardziej subtelnych i specyficznych czynników. Być może od tego, jakie cechy psychofizyczne posiada to najsłabsze ogniwo w rodzinie, czyli osoba, która staje się nośnikiem objawów „choroby” w rodzinie.

Pojawienie się problemu narkomanii w rodzinie jest nie tylko przejawem dysfunkcji całego systemu, ale i przejawem dysfunkcji konkretnego członka rodziny. Zaś dysfunkcja konkretnej jednostki wynikać może albo z dysfunkcji rodziny, z której pochodzi, albo z innych przyczyn, np. może zależeć od uwarunkowanej genetycznie podatności człowieka na uzależnienia, jego typu temperamentu, który wytycza sposób rozwiązywania problemów, ilości i rodzaju wydzielanych hormonów itp. Zatem ostateczne wyjaśnienie przyczyn narkomanii, jak i innych uzależnień, wymaga dalszych pogłębionych i ustrukturalizowanych badań oraz działań praktycznych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Barbaro M., *Struktura rodziny*, [w:] Barbaro B. (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1994.  
Bertalanffy L., *Ogólna teoria systemów*, PWN, Warszawa 1984.  
Bradshaw J., *Zrozumieć rodzinę*, IPZiT, Warszawa 1994.

- Braun-Galkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Tow. Nauk. KUL, Lublin 1992.
- Drożdżowicz L., *Ogólna teoria systemów*, [w:] Barbaro B. (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1994.
- Dyczewski L., *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, Tow. Nauk. KUL, Lublin 1994.
- Forward S., *Toksyczni rodzice*, wyd. Jacek Santorski & co., Warszawa 1992.
- Gaś Z. B., *Rodzina a uzależnienia*, wyd. UMCS, Lublin 1994.
- Kowalski W., *Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami a Dziećmi A. Roe i M. Siegelmana*, wyd. Radia i Telewizji, Warszawa 1984.
- Lantz J. E., *Family and Marital Therapy: A Transactional Approach*, Appleton-Century-Crofts, New York 1979.
- Namysłowska I., *Proces terapii rodzinnej*, [w:] Pohorecka A. (red.), *Rodzina w terapii*, IPiN, Warszawa 1992.
- Praszkier R., *Zmieniać nie zmieniając. Ekologia problemów rodzinnych*, WSiP, Warszawa 1992.
- Radochoński M., *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*, wyd. WSP, Rzeszów 1984.
- Radochoński M., *Choroba a rodzina. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną*, wyd. WSP, Rzeszów 1987.
- Rogala-Oblękowska J., *Funkcjonowanie rodzin narkomanów. Koncepcje teoretyczne*, „Problemy Rodziny” 1995, nr 2.
- Ziemska M., *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich*, PWN, Warszawa 1981.

#### SUMMARY

The paper contains part of investigations related to the functioning of drug-addicts' own families as perceived by drug-addicts themselves and by their mothers. It is based on the systemic conception of the family. According to this conception, each family is a definite whole and everything that goes within, is related to each family member to the same extent. A change in one part of the system entails a change in another part of it. Since the family is a definite whole, the fact of drug-addiction of one of its members is not a problem of one person only, but is the symptom of dysfunctioning of the whole family. Taking this for granted, the author of the paper attempted to find out empirically, how drug-addicts and their mothers perceive the functioning of their families. The hypotheses made pertained to the fact that the families under research would have the features of dysfunctional families, i.e. the disturbed uniformity, adaptability and communication processes. Another characteristic feature of such families would be inadequate educational attitudes of parents. The results of the studies confirmed the put forward hypotheses. It appeared that family members facing the problem of drug-addiction perceive their families as disturbed, liable to disorganisation in case of stressful situations. Drug-addicts recall that their parents did not show their loving attitude, mothers being liberal while fathers fastidious and rejecting. Above all, mothers experience the sense of helplessness and weakness towards their addicted children. All this is the reason why drug-addiction is very difficult to treat, especially that in Poland it is still only the addicted person, who is treated, and not the whole family.

The systemic conception of the family is not an ideal one, it does not explain the whole genesis of drug-addiction and it devotes too little attention to individual features of addicted man. It allows to look at the problem of drug-addiction from a wider perspective, taking into account the meaning of this extremely important social group which the family is.