

Relacje rodzic–dziecko w rodzinach młodzieży uzależnionej od narkotyków

Parent–child relation in families of adolescent drug abusers

Magdalena Górska

absolwentka Wydziału Psychologii UW

Abstract – Introduction. The main purpose of the research was to depict two aspects of a child–parent relationship: closeness–caregiving and intrusiveness in adolescents’ drug abuse families. These two factors were distinguished by Werner and Green and operationalized in CIFA questionnaire (1).

Method. Two samples of 195 adolescents were compared: dependent in residential addiction treatment (N = 88) and non-dependent attending high school (N = 107). They were asked to describe in CIFA questionnaire their relationship with a mother and a father.

Results. The result of this study showed that parents of dependent adolescents were characterized as more intrusive than parents of non-dependent. Only and exclusively fathers, in the relationship with sons, were described as less close and caring in comparison with fathers of non-dependent boys. It was shown that relationship with parents was different among girls and boys. Moreover an analysis disclosed that each of the both aspects of parent–child relationship allowed to make a distinction between groups with different style of drug use.

Key words: closeness and caregiving, intrusiveness, family factors of drug addiction, youth

Streszczenie – Wstęp. Głównym celem przeprowadzonego badania była analiza dwóch aspektów relacji rodzic–dziecko: bliskości z opiekuńczością oraz intruzywności w rodzinach młodzieży uzależnionej od narkotyków. Są to właściwości wyróżnione przez Wernera i Greena oraz zoperacjonalizowane w stworzonym przez nich kwestionariuszu CIFA (1).

Metoda. W badaniu porównano młodzież przebywającą w ośrodkach zamkniętych dla osób uzależnionych (N = 88) z młodzieżą uczęszczającą do szkoły średniej (N = 107). Badanych poproszono, aby w kwestionariuszu CIFA opisali swoją relację z matką i ojcem.

Wyniki. Stwierdzono, że rodzice młodzieży uzależnionej przejawiają wyższe niż rodzice młodzieży nieuzależnionej natężenie intruzywności wobec nich. Tylko ojcowie uzależnionych synów zostali scharakteryzowani jako mniej bliscy i opiekuńczy w porównaniu z ojcami chłopców nieuzależnionych. Jak wskazują wyniki badań, relacja z rodzicami młodzieży uzależnionej jest różna w przypadku chłopców i dziewcząt. Ponadto natężenie bliskości z opiekuńczością oraz intruzywności pozwala na wyodrębnienie grup o różnym poziomie używania narkotyków.

Słowa kluczowe: bliskość i opiekuńczość, intruzywność, rodzinne uwarunkowania narkomanii, młodzież

Praca magisterska pod kierunkiem prof. dr hab. Elżbiety Aranowskiej, Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii

WSTĘP

Etiologia narkomanii jest bardzo złożona. Mówi się o różnego rodzaju czynnikach, które sprawiają, że w przypadku niektórych osób istnieje większe, niż w przypadku innych, prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia (2, 3). Na szczególną uwagę zasługuje rodzina, której zaburzenia funkcjonowania mogą współwystępować z pojawieniem się problemów u dziecka, w tym np. narkomanii. W okresie adolescencji, gdy jednostka oddziela się i buduje własną tożsamość, rozpatrywanie sytuacji dziecka w kontekście rodziny pozwala na właściwe zrozumienie jego problemów. Poniżej skupimy się na rodzinie odwołując się do założeń podejścia systemowego. W myśl tego ujęcia zaburzenie u jednego z członków rodziny nie jest jego indywidualnym problemem, ale wiąże się z dysfunkcjonalną strukturą całego systemu i nieprawidłowymi relacjami łączącymi poszczególnych jego członków (4, 5).

Rodzinę jako system charakteryzuje dążenie do utrzymania równowagi, tzw. „homeostazy”. Pozwala ona zachować systemowi rodzinnemu własną tożsamość i spójność, a przez to – zapewnić poczucie bezpieczeństwa jego członkom. Nadmierna tendencja do utrzymania homeostazy może być jednak szkodliwa, gdyż uniemożliwia wprowadzenie zmian, a zatem i rozwój. Istotna jest pewna plastyczność systemu pozwalająca dostosować się do przeobrażeń, jakie zachodzą zarówno w otoczeniu, jak i wewnątrz systemu (np. w wyniku przechodzenia w kolejne fazy cyklu życia rodziny). Dobrze funkcjonujący system rodzinny jest w stanie utrzymać równowagę pomiędzy dążeniem do homeostazy a tendencją do zmiany.

Zgodnie z tą teorią symptom u któregoś z członków rodziny jest traktowany jako przejaw samoregulacji systemu rodzinnego, a więc jako swoiste dążenie do utrzymania równowagi. Oznacza to, że w odpowiedzi na kryzys lub konflikty może pojawić się zaburzenie, np. narkomania. Mechanizm homeostatyczny polega tu na „wydelegowaniu w chorobę” jednego członka rodziny. Takim delegatem staje się zazwyczaj najsłabsze ogniwo systemu, czyli dziecko (6). Trwałość i stabilność rodziny zostaje uratowana, jednak nie w efekcie znalezienia prawdziwego źródła problemu i zmiany, ale zachowania *status quo* poprzez skupienie się na członku rodziny z symptomem. W przypadku rodzin narkomanów będą to próby ratowania narkotyzującego się dziecka.

Kolejną tezę stawianą w ramach teorii systemów jest założenie o istnieniu zależności cyrkularnych w miejsce zależności linearnych (5). Uznaje się więc, że relacje pomiędzy funkcjonowaniem rodziny a członkiem, u którego pojawia się objaw, mają charakter dwustronny. Oznacza to, że rodzina może się przyczynić do powstania zaburzenia, np. narkomanii, a identyfikowany pacjent z kolei pełni określoną funkcję w systemie rodzinnym, np. zapobiega rozpadowi rodziny. Dwustronność relacji wskazuje też na wzajemną zależność pomiędzy zachowaniami poszczególnych członków rodziny, np. jakość interakcji pomiędzy matką a synem zależy zarówno od zachowania matki, jak i od reakcji syna.

Istnieje szereg teorii, które próbują wyjaśnić rodzinne uwarunkowania narkomanii w oparciu o systemowe podejście do problemów rodziny (7, 2). Uzależnie-

nie jednostki jest w nich traktowane jako ekspresja zaburzenia całego systemu rodzinnego. Według Klagsbrun i Davisa (8) narkomania dziecka okazuje się być bardzo użyteczna dla samego uzależnionego oraz jego rodziny. Pełni ważną stabilizującą funkcję – pozwala bowiem odwrócić uwagę od istotnych problemów systemu rodzinnego, które najczęściej dotyczą konfliktu w parze małżeńskiej. Ponadto dla rodzin osób uzależnionych charakterystyczny jest brak tolerancji ze strony rodziców dla rozwijającej się autonomii i niezależności dorastających dzieci. Pomimo że najczęściej wykazują oni wysoki poziom kompetencji i kontrolują wiele aspektów życia uzależnionego, nie pomagają mu w zdobyciu niezbędnych umiejętności pozwalających na usamodzielnienie się. Stąd uzależnienie okazuje się być funkcjonalne dla samej jednostki, gdyż pozwala jej osiągnąć pewien stopień autonomii i niezależności (9).

Dokładniej tłumaczy to zjawisko Stanton, który w swojej koncepcji procesu cyklicznego zwraca uwagę na trochę inny aspekt funkcjonowania rodzin narkomanów (za: 7). Autor zaobserwował w rodzinach narkomanów powtarzanie się charakterystycznego cyklu – w sytuacjach, gdy młodzi narkomani odnosili sukcesy w leczeniu i zaczęli uniezależniać się od swych rodziców, wzrastało natężenie konfliktów w rodzinie. Konsekwencją tego były sytuacje kryzysowe, które z kolei uniemożliwiały separację narkomana od rodziny, a jednocześnie sprzyjały powrotowi do używania narkotyków.

Ponadto, jak zauważył Stanton (10) dla osób uzależnionych charakterystyczna jest nieumiejętność oddzielenia się od rodziny pochodzenia (większość narkomanów nawet w wieku 30 lat utrzymuje ścisły kontakt z rodzicami i nie zakłada własnej rodziny); zjawisko to potwierdzają też inni badacze (11, 12). W rodzinach tych typowym wzorcem interakcji jest specyficzny układ, w którym jeden z rodziców jest nadmiernie zaangażowany w relację z dzieckiem (najczęściej rodzic płci przeciwnej), a drugi – bardziej zdystansowany, karzący, bądź nieobecny (zazwyczaj rodzic tej samej, co uzależniony płci). Nadużywające narkotyków dziecko często służy za środek do komunikacji pomiędzy rodzicami. Inicjacja narkotykowa jest traktowana przez Stantona jako efekt lęku separacyjnego rodziców przy pierwszych próbach oddzielenia się dziecka. Nadużywanie okazuje się doskonałym rozwiązaniem, które pozwala uzależnionemu być równocześnie „w” systemie rodzinnym i „poza” nim, być blisko, a jednocześnie daleko od rodziców. Taki stan jest nazywany przez autora „pseudoindywidualizacją”, czyli fałszywą indywidualizacją poprzez bunt.

Wyczerpującą charakterystykę funkcjonowania rodzin osób uzależnionych stworzyła Rogala-Obłękowska (2). W swoich badaniach odwoływała się do założeń teorii Olsona (Kołowy model małżeństw i rodziny). Olson (za: 13) opisuje funkcjonowanie rodziny za pomocą dwóch wymiarów – spójności i adaptacyjności. Spójność oznacza więź emocjonalną, która łączy poszczególnych członków rodziny. Adaptacyjność zaś jest to zdolność rodziny do reagowania na stres rozwojowy lub sytuacyjny przez zmianę struktury władzy, ról oraz zasad rodzinnych. Wyniki uzyskane przez Rogalę-Obłękowską (2) pokazują, iż to co wyróżnia osoby uzależnione, jak i stosujące narkotyki okazjonalnie, to niższy, niż w grupie osób nie

używających, stopień spójności, przy czym jest to zjawisko najczęstsze w rodzinach osób uzależnionych. Równocześnie okazuje się, że rodziny te – znacznie częściej plasujące się na jednym z dwóch przeciwstawnych krańców wymiaru adaptacyjności – są to systemy sztywne (częstsze u osób uzależnionych), bądź chaotyczne (głównie w przypadku osób używających narkotyków okazjonalnie).

Badania Rogali-Obłękowskiej (2) pozwoliły ponadto na wyróżnienie trzech odrębnych typów systemów rodzinnych: rodzin osób uzależnionych od heroiny, od amfetaminy oraz młodzieży eksperymentującej z narkotykami. Wszystkie wyróżnione typy rodzin charakteryzuje wyższe, niż w rodzinach osób nieużywających narkotyków, natężenie konfliktów; wydaje się ono wzrastać wraz ze stopniem uzależnienia dziecka – jest najniższe w rodzinach młodzieży eksperymentującej z narkotykami, wyższe w przypadku rodzin osób uzależnionych od amfetaminy i najwyższe w rodzinach osób uzależnionych od heroiny. Ogólna atmosfera rodzinna jest cieplejsza i bardziej przyjazna w dwóch pierwszych typach, natomiast w rodzinach osób uzależnionych od heroiny więzi pomiędzy jej członkami są słabe, a w niektórych przypadkach można nawet mówić o wzajemnej niechęci i wrogości. We wszystkich pojawia się charakterystyczny podział ról pomiędzy małżonkami. Matki pełnią dominującą funkcję w rodzinie, czemu towarzyszy nierzadko całkowite wycofanie się ojca.

Jeszcze inny sposób rozumienia funkcjonowania rodzin osób uzależnionych proponuje Reilly (za: 2, 12). Stworzona przez niego koncepcja wskazuje na brak wymiany emocjonalnej w rodzinach narkomanów. Wyrażanie uczuć uważane jest za niebezpieczne, gdyż bliskość emocjonalna wiąże się z ryzykiem utraty indywidualności. W efekcie, członkowie rodziny czują się samotni i izolowani. Narkomania dziecka staje się jego próbą zwrócenia na siebie uwagi, ale może też być specyficzną formą ukarania rodziców. Jednocześnie, mimo braku satysfakcjonujących uczuciowo kontaktów, rodzice boją się odejścia dziecka, bo to ono scala rodzinę. Jego uzależnienie pozwala uniknąć konfliktów pomiędzy małżonkami i konsoliduje ich w próbach ratowania dziecka. Opis rodzin osób uzależnionych dokonany przez Reilly'ego jest zgodny z wynikami badania Schweitzera i Lawtona (14), przeprowadzonego przy użyciu PBI (*Parental Bonding Instrument*). Narzędzie to pozwala na ocenę relacji z rodzicem w dwóch wymiarach – opieki i nadopiekuńczości. Osoby uzależnione oceniły swoich rodziców jako bardziej zimnych, obojętnych i kontrolujących.

Friedman, Utada, Morrissey (15) zauważają, że istnieją sprzeczne dane kliniczne dotyczące rodzin z uzależnionym dzieckiem (potwierdzają to prezentowane wyżej teorie i badania). Nie ma zgodności co do tego, czy rodziny te lepiej opisywać jako niezaangażowane (czyli charakteryzujące się brakiem bliskości i więzi emocjonalnych), jak w koncepcji Reilly'ego czy też jako splątane (tzn. utrudniające różnicowanie i oddzielenie się), jak jest np. u Stanton. Autorzy ci próbują wyjaśnić tę sprzeczność odwołując się do teorii Olsona oraz różnic w perspektywie, z jakiej patrzy na swoje funkcjonowanie sama rodzina i terapeuta. Wyniki ich badania pokazują, że uzależnieni i ich rodzice opisują swoją rodzinę jako sztywną i nie-

zaangażowaną, podczas gdy terapeuci, dysponujący większą wiedzą, dostrzegają w ich funkcjonowaniu przede wszystkim wysoki poziom splątania (15). Wydaje się jednak, że nie jest to wystarczające wyjaśnienie tej sprzeczności i dużo lepsze zrozumienie tego zjawiska umożliwi użycie koncepcji stworzonej przez Wernera i Greena (1). W sposób prosty i klarowny pozwala ona wyjaśnić, jak możliwe jest jednocześnie niezaangażowanie i splątanie w rodzinach osób uzależnionych.

Green i Werner (16) w swojej koncepcji odwołują się do prac Minuchina uważanego za twórcę modelu strukturalnego (6). Opisując strukturę rodziny uznał on, iż można wyróżnić dwa typy patologicznych systemów rodzinnych. Pierwszy z nich to system splątany, w którym autonomia jednostki jest bardzo ograniczona, drugi charakteryzuje się całkowitym niezaangażowaniem członków rodziny we wzajemne relacje. Brak zaangażowania i splątanie tworzą dwa przeciwległe krańce wspólnego kontinuum. Jednak najważniejszą cechą dysfunkcyjnych systemów rodzinnych jest ich sztywność, czyli niezdolność do dokonania zmian wzorów relacji, hierarchii i granic w sytuacji zmian wewnętrznych czy zewnętrznych.

Green i Werner (16) zwracają uwagę, że Minuchin używa jednego terminu dla opisu zupełnie odmiennych rodzajów relacji. Splątaniem nazywa zarówno patologiczną utratę rozróżnienia ja–inni, jak i zdrową relacją, oznaczającą wysoki stopień bliskości i opiekuńczości. Takie ujęcie sprawia, iż stworzone przez Minuchina jednowymiarowe kontinuum komplikuje się. Przeciwnością splątania jest bowiem indywidualizacja, a bliskości z opiekuńczością – niezaangażowanie w relację.

Rozważania teoretyczne Greena i Wernera (16) doprowadziły do wyróżnienia dwóch podstawowych, ale odrębnych typów relacji w rodzinie. Pierwszą z nich nazwali bliskością z opiekuńczością, a drugą intruzywnością. Takie ujęcie pozwala na uniknięcie sprzeczności założeń teoretycznych Minuchina z badaniami klinicznymi, potwierdzającymi istnienie relacji, w których splątaniu towarzyszy niezaangażowanie.

Termin „bliskość z opiekuńczością” służy dla opisu wzajemnych relacji w rodzinie, które zapewniają dobre samopoczucie wszystkim jej członkom. Stąd też na tę właściwość relacji składają się takie jej aspekty jak: okazywanie sobie ciepła i akceptacji, duża ilość spędzanej ze sobą czasu, wzajemność w zaspokajaniu potrzeb – przede wszystkim dawanie wsparcia i udzielanie pomocy, intymność w kontakcie oraz spójność, stałość i przewidywalność wzajemnych zachowań. Jak już wspomniano wcześniej, przeciwnióstwem bliskości jest brak zaangażowania.

Z kolei „intruzywność” służy do opisu patologicznego wymiaru relacji. Z jednej strony krańcem tego wymiaru jest brak zróżnicowania ja–inni, z drugiej – odrębność w kontakcie. Intruzywność obejmuje następujące aspekty relacji: nasilony lęk separacyjny, posesywność (chęć posiadania partnera relacji na wyłączność) i zazdrość wobec niego, wysoka emocjonalna reaktywność na stany emocjonalne innych członków rodziny, częste odczuwanie agresji i złości wobec nich, pojawianie się projekcji i mistyfikacji (czyli przekonań, że wie się lepiej, co myśli, czuje i chce partner relacji), utrudniających odróżnienie własnej perspektywy od jego perspektywy, zaburzenia komunikacji i autorytaryzm oparty na dominacji nad innymi.

Bliskość z opiekuńczością i intruzywność wydają się być bardzo użyteczne przy charakterystyce rodzin osób uzależnionych od narkotyków. Pozwalają zrozumieć, jak to się dzieje, że rodziny te z jednej strony nie dają wystarczającego wsparcia swoim członkom, a z drugiej wykazują wysoki stopień splątania (15). Hawkins, Catalano i Miller (3) prezentują szereg wyników badań świadczących o niskim przywiązaniu osób uzależnionych do rodzin pochodzenia, co okazuje się wtórne wobec braku zaangażowania rodziców w życie dziecka, czy też nie satysfakcjonujących relacji pomiędzy członkami rodziny.

Jak stwierdzili Shedler i Block (17), stosując metodę badań podłużnych, jakość wczesnych interakcji matka–dziecko jest dobrym predyktorem późniejszego stosowania narkotyków przez dziecko. Okazuje się, że matki osób używających marihuany są chłodne w stosunkach z dzieckiem, a jednocześnie nadopiekuńcze i dominujące. Potwierdza to tezę, iż rodzice osób uzależnionych mają mało tolerancji dla indywidualności dziecka, przejawiają wręcz tendencję do ograniczania jego autonomii (2). Gorsuch i Butler (18) dodają, że w rodzinach charakteryzujących się dużym stopniem spójności i zaangażowania w sprawy wewnątrzrodzinne dzieci rzadziej nadużywają narkotyków.

Trafna wydaje się więc teza Greena i Wernera (16), zgodnie z którą specyficzna dla danej rodziny kombinacja intruzywności i opiekuńczości z bliskością może być powiązana z określonymi problemami klinicznymi, któregoś z jej z członków. Analizie poddano te dwa aspekty relacji pomiędzy rodzicami i dziećmi w rodzinach młodzieży uzależnionej i nieuzależnionej od narkotyków. Werner i Green (1) uznali oba te wymiary za podstawowe typy relacji w rodzinie.

Główny cel niniejszego badania to określenie, jaki układ bliskości z opiekuńczością i intruzywności charakterystyczny jest dla rodzin z uzależnionym adolescentem. Odwołując się do zaprezentowanych powyżej wyników badań można przewidywać, że będą to rodziny, w których jest mniej ciepła i bliskości, a rodzice nie stanowią oparcia dla swoich dzieci. Wydaje się jednocześnie, że rodzice młodzieży uzależnionej odczuwają lęk w przypadku wszelkich prób separacji ze strony dziecka. Używając terminów wyróżnionych przez Wernera i Greena, w badaniu założono, iż będą to rodziny o wysokim poziomie intruzywności. Tak sformułowany projekt badania pozwoli ocenić, jak uzależnieni spostrzegają swoje relacje z rodzicami, nie umożliwi jednak odpowiedzi na pytanie, czy określony układ bliskości z opiekuńczością i intruzywności stał się przyczyną uzależnienia.

MATERIAŁ I METODA

Narzędzia i wskaźniki badawcze

Do pomiaru bliskości z opiekuńczością i intruzywności użyto Kalifornijskiego Kwestionariusza do Badania Rodziny (California Inventory for Family Assessment, CIFA) autorstwa Wernera i Greena (1). Tworząc CIFA autorzy założyli, że bardziej

użyteczny jest pomiar relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny niż dokonywanie oceny „rodziny jako całości”. Ocena relacji w rodzinie zależy bowiem od tego, jaki członek rodziny jej dokonuje. Kwestionariusz umożliwia ocenę różnych relacji w rodzinie, zarówno rodzic–dziecko, jak i relacji małżeńskich. Do ich pomiaru używane są odpowiednie wersje narzędzia, zawierające identyczny zestaw pytań. W badaniu wykorzystano wersję kwestionariusza wymagającą od badanych opisaną, jak ich zdaniem rodzice odnoszą się do nich.

CIFA składa się z 13 skal, które mierzą różne aspekty relacji skupione na czterech podstawowych, zdaniem autorów, wymiarach: intruzywność, bliskość–opiekuńczość, otwartość komunikacji z kontrolą konfliktów oraz autorytet z dominacją. Na intruzywność składają się następujące skale: lęku separacyjnego, posesywności/zazdrości, emocjonalnej reaktywności, projekcyjnej mistyfikacji. Bliskość z opiekuńczością zawiera skale: ciepła, czasu spędzanego razem, troski (*nurturance*), fizycznej intymności, przewidywalności. Każda ze skal składa się z 14 pozycji, a cały kwestionariusz zawiera 182 pytania. Format odpowiedzi obejmuje cztery możliwości, z których należy wybrać jedną właściwą: 1 – całkowicie fałszywe, 2 – raczej fałszywe, 3 – raczej prawdziwe, 4 – całkowicie prawdziwe. Uzyskane odpowiedzi są punktowane w skali od 1 do 4. Wskaźnikiem jest łączna suma punktów dla poszczególnych pozycji skali, od której odejmuje się liczbę 14 i dzieli przez 3.

Badania test–retest amerykańskiej wersji kwestionariusza potwierdziły zadowalającą rzetelność kwestionariusza – korelacje pomiędzy opisami wyniosły od 0,56 do 0,85. W Polsce ciągle trwa procedura adaptacyjna tego narzędzia. W badaniach pilotażowych sprawdzano relacje w parach małżeńskich oraz stosunek rodziców do dorastających dzieci. Wstępne dane wskazują na zadowalającą rzetelność kwestionariusza CIFA. Dla różnych skal i w zależności od wersji kwestionariusza wartość zgodności wewnętrznej, obliczona za pomocą współczynnika α -Cronbacha, wynosi od 0,53 do 0,91. Analiza czynnikowa wskazuje na istnienie trzech czynników, które decydują o zmienności na poszczególnych skalach kwestionariusza.

Osoby badane

Badania przeprowadzono wśród młodzieży uzależnionej od narkotyków i leczącej się w placówkach stałego pobytu (głównie województwa mazowieckiego). Grupa ta, pomimo braku kontroli głębokości uzależnienia, będzie w dalszej części badania nazywana grupą osób uzależnionych. Grupę kontrolną stanowiła młodzież uczęszczająca do drugiej lub trzeciej klasy szkoły średniej. Łącznie przebadano 200 osób, w tym 91 osób uzależnionych (69 chłopców i 22 dziewcząt) oraz 109 osób nieuzależnionych (82 chłopców i 27 dziewcząt). Dużo mniejsza liczba dziewcząt w grupie kontrolnej wynikała z proporcji obu płci w grupie eksperymentalnej. W ośrodkach dla osób uzależnionych przebywają przede wszystkim chłopcy. Rezultat ten jest zgodny z wieloma badaniami, które wskazują, iż to oni częściej używają i nadużywają narkotyków (19, 20). Konieczne było wyłączenie z dalszej analizy kilku osób ze względu na niepełne bądź przypadkowe wypełnienie

kwestionariuszy. W efekcie z dwustu badanych 168 osób prawidłowo wypełniło kwestionariusz CIFA (w tym 26 osób opisało relacje tylko z jednym z rodziców).

W demograficznej części ankiety zebrano informacje na temat wieku i płci badanych oraz stanu cywilnego rodziców i wielkości rodziny (tzn. liczby dzieci). Dodatkowo młodzieży z grupy kontrolnej zadano kilka pytań dotyczących używania przez nią substancji psychoaktywnych. Informacje te stały się podstawą dla wyróżnienia w grupie kontrolnej dwóch podgrup: osób nieużywających substancji psychoaktywnych oraz młodzieży eksperymentującej z narkotykami. Niemal połowa badanych osób obu płci używała już narkotyków.

Młodzież uzależniona jest w wieku od 14 do 22 lat (najczęściej 16, bądź 17 lat). Osoby badane z grupy kontrolnej są w wieku od 16 do 20 lat (najczęściej 17 i 18 lat). Średnia wieku w obu grupach zbliżona – zarówno w przypadku dziewcząt, jak i chłopców, choć grupa osób uzależnionych jest bardziej zróżnicowana pod względem wieku niż grupa młodzieży nieuzależnionej.

Większość rodziców dzieci nieuzależnionych od narkotyków pozostaje w związkach małżeńskich – 86% rodziców, natomiast w grupie dzieci uzależnionych – tylko 51%. Rodzice tych ostatnich są dużo częściej samotni, głównie w wyniku rozwodu (24%) lub śmierci współmałżonka (13%). Różnice te okazały się istotne statystycznie.

Nie stwierdzono różnic pomiędzy badanymi grupami pod względem wielkości rodzin – liczba rodzeństwa jest zbliżona w obu porównywanych grupach.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W badaniu zakładano, że nasilenie bliskości i opiekuńczości u rodziców dzieci uzależnionych od narkotyków jest mniejsze niż u rodziców dzieci bez tego problemu. Wyniki policzono oddzielnie dla matek i dla ojców, rozróżniając grupę chłopców oraz dziewcząt. Nie udało się wykazać, iż matki chłopców uzależnionych od narkotyków wykazują mniejszą bliskość i opiekuńczość wobec swoich synów, niż matki chłopców z grupy kontrolnej (tabela 1). Hipotezę tę udało się natomiast

Tabela 1.

Porównanie natężenia bliskości i opiekuńczości rodziców w grupie młodzieży uzależnionej i nieuzależnionej

Comparison of the level of parental closeness-caregiving between dependent and non-dependent group

natężenie bliskości z opiekuńczością	uzależnieni			nieuzależnieni			t	p
	M	SD	N	M	SD	N		
chłopcy: u matek	8,95	1,90	66	8,81	1,38	59	0,451	0,330
u ojców	7,36	2,08	51	8,14	1,65	51	-2,095	0,020
dziewczęta: u matek	9,39	2,72	18	9,90	2,60	25	0,629	0,267
u ojców	8,48	2,16	16	8,49	2,42	25	0,010	0,496

potwierdzić dla relacji chłopców z ojcami, co pozwala przyjąć, że ojcowie chłopców uzależnionych, w porównaniu do ojców z grupy kontrolnej, są wobec swoich synów mniej bliscy i opiekuńczy. W przypadku dziewcząt uzależnionych zarówno matki, jak i ojcowie są wobec nich równie bliscy i opiekuńczy, jak matki i ojcowie dziewcząt z grupy kontrolnej (tabela 1).

Ponadto przewidywano, że natężenie intruzywności rodziców jest wyższe w grupie młodzieży uzależnionej niż w grupie młodzieży bez tego problemu. Udało się wykazać, że zarówno matki, jak i ojcowie chłopców uzależnionych od narkotyków są bardziej intruzywni wobec swoich synów niż rodzice chłopców nieuzależnionych (tabela 2). Analogiczne zależności istnieją w przypadku dziewcząt. Zarówno matki, jak i ojcowie dziewcząt uzależnionych są wobec swoich córek bardziej intruzywni niż rodzice dziewcząt z grupy kontrolnej (tabela 2).

Tabela 2.

Porównanie natężenia intruzywności rodziców w grupie młodzieży uzależnionej i nieuzależnionej
Comparison of the level of parental intrusiveness between dependent and non-dependent group

natężenie intruzywności		uzależnieni			nieuzależnieni			t	p
		M	SD	N	M	SD	N		
chłopcy:	u matek	6,63	1,30	66	5,53	1,30	59	4,713	0,001
	u ojców	6,07	1,35	51	5,35	1,30	51	2,745	0,004
dziewczęta:	u matek	6,31	1,33	18	5,26	1,37	25	2,519	0,008
	u ojców	5,76	1,49	16	4,51	1,35	25	2,779	0,004

Aby bardziej szczegółowo scharakteryzować relację rodzic–dziecko uzależnione porównano wyniki uzyskane przez rodziców na poszczególnych skalach kwestionariusza CIFA – oddzielnie dla ojców i dla matek oraz rozróżniając grupę chłopców (tabela 3 i 4) i dziewcząt (tabela 5 i 6). Istotnie statystycznie różnice pomiędzy matkami chłopców uzależnionych i nieuzależnionych występują na następujących skalach: fizycznej intymności i przewidywalności (obie skale wchodzą w skład wymiaru bliskości z opiekuńczością), lęku separacyjnego, posesywności/zazdrości i emocjonalnej reaktywności (skale należące do wymiaru intruzywności).

Matki w relacji ze swoimi uzależnionymi synami wykazują więc wyższy poziom fizycznej intymności, lęku separacyjnego, posesywności i zazdrości, emocjonalnej reaktywności, a niższy stopień przewidywalności (tabela 3). W tabeli 4 zaprezentowano analogiczne wyniki uzyskane dla ojców. Istotnie statystycznie różnice pomiędzy ojcami chłopców uzależnionych od narkotyków i ojcami młodzieży bez tego problemu występują na następujących skalach: ciepła, troski i przewidywalności (skale należące do wymiaru bliskości i opiekuńczości), otwartości/wycofania, unikania konfliktów i złości i agresji (wchodzące w skład otwartości komunikacji), posesywności/zazdrości (należy do wymiaru intruzywności). Wyniki te pozwalają stwierdzić, iż ojcowie chłopców uzależnionych wykazują wobec swoich synów, w porównaniu z ojcami z grupy kontrolnej, niższy poziom ciepła, troski,

Tabela 3.

Porównanie wyników otrzymanych na poszczególnych skalach CIFA w grupie matek chłopców uzależnionych i niezależnych

Comparison of the scores on the CIFA scales between mothers of dependent and non-dependent boys

skale CIFA		matki chłopców uzależnionych (N = 66)		matki chłopców niezależnych (N = 59)		t	p
		M	SD	M	SD		
bliskości i opiekuńczości	ciepła	10,50	2,27	10,79	2,03	-0,736	0,232
	czasu spędzanego razem	9,46	2,39	9,04	2,00	1,061	0,146
	troski	9,73	2,40	9,58	2,29	0,371	0,356
	fizycznej intymności	6,59	2,18	5,22	1,69	3,893	0,001
	przewidywalności	8,45	2,30	9,45	2,09	-2,528	0,007
otwart. komun.	otwartości/wycofania	8,40	2,69	8,39	2,35	0,031	0,488
	unikania konfliktów	5,92	2,05	5,65	1,67	0,815	0,209
	złości/agresji	6,31	2,30	5,90	2,32	0,977	0,165
intruzyw-ności	lęku separacyjnego	6,44	1,87	5,14	2,02	3,746	0,001
	posesywności/zazdrości	5,37	2,11	3,89	2,35	3,723	0,001
	emocjonalnej reaktywności	7,84	1,80	6,63	2,04	3,526	0,001
	projekcyjnej mistyfikacji	6,86	1,92	6,48	1,67	1,185	0,119
autorytaryzmu/dominacji		6,78	2,88	7,18	2,42	-0,831	0,204

Tabela 4.

Porównanie wyników otrzymanych na poszczególnych skalach CIFA w grupie ojców chłopców uzależnionych i niezależnych

Comparison of the scores on the CIFA scales between fathers of dependent and non-dependent boys

skale CIFA		ojcowie chłopców uzależnionych (N = 51)		ojcowie chłopców niezależnych (N = 51)		t	p
		M	SD	M	SD		
bliskości i opiekuńczości	ciepła	8,48	2,91	9,91	2,43	-2,687	0,004
	czasu spędzanego razem	7,63	2,67	8,36	2,32	-1,476	0,072
	troski	7,90	2,93	8,83	2,49	-1,733	0,043
	fizycznej intymności	4,88	2,01	4,35	1,81	1,399	0,083
	przewidywalności	7,91	1,95	9,24	2,04	-3,378	0,001
otwart. komun.	otwartości/wycofania	6,80	2,60	7,86	2,23	-2,204	0,015
	unikania konfliktów	6,30	1,62	5,48	1,72	2,489	0,007
	złości/agresji	7,26	2,19	6,50	2,12	1,791	0,038
intruzyw-ności	lęku separacyjnego	5,50	2,16	4,92	2,29	1,303	0,096
	posesywności/zazdrości	5,27	1,89	3,71	2,19	3,865	0,001
	emocjonalnej reaktywności	6,73	1,77	6,31	1,60	1,254	0,107
	projekcyjnej mistyfikacji	6,79	1,52	6,48	1,63	1,008	0,158
autorytaryzmu/dominacji		6,84	2,92	7,07	2,61	-0,418	0,339

Tabela 5.

Porównanie wyników otrzymanych na poszczególnych skalach CIFA w grupie matek dziewcząt uzależnionych i nieuzależnionych

Comparison of the scores on the CIFA scales between mothers of dependent and non-dependent girls

skale CIFA		matki dziewcząt uzależnionych (N = 18)		matki dziewcząt nieuzależnionych (N = 25)		t	p
		M	SD	M	SD		
bliskości i opiekuńczości	ciepła	10,80	2,74	11,89	2,83	-1,271	0,106
	czasu spędzanego razem	10,24	3,49	10,61	2,92	-0,380	0,354
	troski	10,13	2,93	10,35	3,60	-0,211	0,417
	fizycznej intymności	6,89	2,86	5,95	2,99	1,036	0,154
	przewidywalności	8,89	2,90	10,72	2,38	-2,272	0,014
otwart. komun.	otwartości/wycofania	8,72	3,32	9,12	3,19	-0,397	0,347
	unikania konfliktów	5,54	2,17	4,91	1,77	1,048	0,151
	złości/agresji	6,87	3,01	5,81	3,04	1,130	0,133
intruzyw-ności	lęku separacyjnego	5,70	2,01	4,56	1,93	1,884	0,034
	posesywności/zazdrości	4,85	2,35	2,81	1,65	3,340	0,001
	emocjonalnej reaktywności	7,74	2,17	7,45	2,47	0,395	0,348
	projekcyjnej mistyfikacji	6,94	1,57	6,20	2,16	1,241	0,111
autorytaryzmu/dominacji		5,68	2,81	7,85	2,84	-2,476	0,009

Tabela 6.

Porównanie wyników otrzymanych na poszczególnych skalach CIFA w grupie ojców dziewcząt uzależnionych i nieuzależnionych

Comparison of the scores on the CIFA scales between fathers of dependent and non-dependent girls

skale CIFA		ojcowie dziewcząt uzależnionych (N = 16)		ojcowie dziewcząt nieuzależnionych (N = 25)		t	p
		M	SD	M	SD		
bliskości i opiekuńczości	ciepła	10,13	3,04	10,88	3,27	-0,741	0,232
	czasu spędzanego razem	9,25	2,93	8,56	3,37	0,672	0,252
	troski	8,69	2,63	8,32	3,58	0,353	0,363
	fizycznej intymności	5,25	2,43	4,08	2,18	1,604	0,059
	przewidywalności	9,10	1,95	10,61	1,67	-2,640	0,006
otwart. komun.	otwartości/wycofania	7,58	3,51	6,43	3,02	1,122	0,135
	unikania konfliktów	5,35	1,71	5,58	1,98	-0,386	0,351
	złości/agresji	6,58	3,50	5,69	2,89	0,886	0,381
intruzyw-ności	lęku separacyjnego	5,13	2,09	3,57	1,98	2,397	0,011
	posesywności/zazdrości	5,04	2,16	3,21	1,67	3,049	0,002
	emocjonalnej reaktywności	6,35	1,75	5,43	1,97	1,535	0,067
	projekcyjnej mistyfikacji	6,50	1,95	5,81	1,86	1,131	0,133
autorytaryzmu/dominacji		5,60	2,77	7,72	2,75	-2,394	0,011

przewidywalności i otwartości, natomiast wyższe natężenie unikania konfliktów, złości oraz posesywności.

Porównując wyniki uzyskane przez matki dziewcząt uzależnionych i matki dziewcząt z grupy kontrolnej, istotne statystycznie różnice można stwierdzić na następujących skalach: przewidywalności (wymiar bliskości z opiekuńczością), lęku separacyjnego i posesywności/zazdrości (obie skale należą do wymiaru intruzywności) oraz autorytaryzmu/dominacji. Oznacza to, iż matki dziewcząt uzależnionych są w porównaniu z matkami dziewcząt nieuzależnionych mniej przewidywalne i mniej autorytarne wobec swoich córek, natomiast charakteryzują się wyższym poziomem lęku separacyjnego i posesywności wobec nich (tabela 5). W przypadku ojców uzależnionych dziewcząt, w porównaniu z ojcami dziewcząt z grupy kontrolnej, istotne statystycznie różnice wystąpiły na następujących skalach: przewidywalności (wymiar bliskości z opiekuńczością), lęku separacyjnego i posesywności/zazdrości (wymiar intruzywności) oraz autorytaryzmu/dominacji. Tym samym można stwierdzić, iż ojcowie dziewcząt uzależnionych są wobec swoich córek mniej przewidywalni i mniej autorytarni, natomiast bardziej posesywni i wykazujący wyższy stopień lęku separacyjnego w porównaniu do ojców dziewcząt nieuzależnionych (tabela 6).

Postanowiono sprawdzić, czy istnieje związek pomiędzy relacją rodzic–dziecko a poziomem używania narkotyków przez dziecko. Po podziale wszystkich badanych na trzy grupy: uzależnionych, używających oraz nieużywających narkotyków, zbadano związek pomiędzy natężeniem bliskości z opiekuńczością i intruzywności rodziców a poziomem używania tych substancji przez młodzież (tabela 7). Wykazano istnienie różnicy pomiędzy poziomem używania narkotyków a nasileniem intruzywności matki wobec syna oraz natężeniem bliskości z opiekuńczością ojca w trzech wyróżnionych grupach. Nieistotne statystycznie okazały się różnice dotyczące bliskości z opiekuńczością matki oraz intruzywności ojca. Otrzymane wyniki pozwalają uznać, że to co wyróżnia chłopców uzależnionych od grupy osób używających i nieużywających narkotyków, to znacznie wyższe nasilenie intruzywności matki. Jednocześnie natężenie bliskości z opiekuńczością ojca stopniowo rośnie w trzech grupach – jest najniższe u chłopców uzależnionych, nieco wyższe u eksperymentujących z narkotykami i najwyższe w grupie osób nieużywających narkotyków.

W przypadku dziewcząt trzy wyróżnione grupy: uzależnionych, używających i nieużywających narkotyków różnią się pod względem natężenia intruzywności matki i ojca (tabela 7). Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie różnic w nasileniu bliskości z opiekuńczością matki oraz bliskości z opiekuńczością ojca. Tym samym można uznać, że w grupie dziewcząt uzależnionych i używających wyższy jest poziom intruzywności matki niż u nieużywających (choć jednocześnie jest nieco wyższy u uzależnionych niż u eksperymentujących z narkotykami). Natężenie intruzywności ojca różnicuje trzy badane grupy – jest najwyższe w grupie dziewcząt uzależnionych, nieco niższe w grupie eksperymentujących, a najniższe w grupie nieużywających narkotyków.

Tabela 7.

Porównanie wyników natężenia bliskości z opiekuńczością oraz intruzywności rodziców młodzieży uzależnionej, używającej i nieużywającej narkotyków

Comparison of the level of parental closeness-caregiving and intrusiveness between dependent, users and non-users group

Wskaźnik	średnia ranga			Test Kruskala-Wallisa	
	uzależnieni	używający	nieużywający	$\chi^2(2)$	p
chłopcy:					
bliskość z opiekuńczością matki	63,64 (N = 66)	57,13 (N = 32)	61,46 (N = 24)	0,731	0,694
intruzywność matki	73,58 (N = 66)	46,44 (N = 32)	48,38 (N = 24)	16,817	0,001
bliskość z opiekuńczością ojca	44,12 (N = 51)	50,00 (N = 26)	63,64 (N = 22)	7,102	0,029
intruzywność ojca	56,25 (N = 51)	41,75 (N = 26)	45,25 (N = 22)	5,169	0,075
dziewczęta:					
bliskość z opiekuńczością matki	19,11 (N = 18)	21,22 (N = 9)	21,92 (N = 13)	0,481	0,786
intruzywność matki	25,47 (N = 18)	22,28 (N = 9)	12,38 (N = 13)	9,745	0,008
bliskość z opiekuńczością ojca	18,34 (N = 16)	19,17 (N = 9)	21,15 (N = 13)	0,469	0,791
intruzywność ojca	24,88 (N = 16)	17,89 (N = 9)	14,00 (N = 13)	7,128	0,028

DYSKUSJA

Liczne badania pokazują, że pierwsze doświadczenia z używaniem narkotyków najczęściej pojawiają się w okresie dorastania. Wśród powodów, które sprzyjają stosowaniu narkotyków przez młodzież istotne wydają się te wynikające z samej specyfiki okresu adolescencji. Jest to czas, kiedy młodzież szuka odpowiedzi na podstawowe pytania, pozwalające na uformowanie własnej tożsamości. Istotne okazuje się też dostarczanie sobie nowych przeżyć, sprawdzenie swoich możliwości czy potwierdzenie własnej niezależności i „dorobności”. Jak napisała Stępień (21) używanie narkotyków może w poczuciu dorastających ułatwiać im realizację zadań rozwojowych okresu dorastania, albo też być reakcją na niepowodzenia w tym zakresie. Jednym z ważnych czynników, który ułatwia młodzieży poradzenie sobie z problemami okresu adolescencji, jest poczucie wsparcia emocjonalnego, jakie dziecko otrzymuje od rodziców.

W niniejszym badaniu założono, że relacje młodzieży uzależnionej z rodzicami charakteryzuje niższe natężenie bliskości i opiekuńczości. Okazało się to prawdziwe

wyłącznie w przypadku ojców, a ponadto tylko w ich relacji z synami. W kwestii bliskości i opiekuńczości matki były oceniane identycznie przez młodzież uzależnioną i nieuzależnioną. Udało się jednak potwierdzić hipotezę, że osoby uzależnione oceniają swoich rodziców jako bardziej intruzywnych niż nieuzależnione. Różnica ta okazała się niezależna od płci rodzica i dziecka. Dane empiryczne, które przywoływano w części teoretycznej, sugerowały, że w rodzinach osób uzależnionych jeden z rodziców (zazwyczaj przeciwnej płci) jest bardziej zaangażowany w relację z dzieckiem niż drugi. Wydaje się, że taki układ wzajemnych relacji wyłania się z wyników, jakie otrzymano w przypadku uzależnionych chłopców. Stąd bardziej trafne będzie oddzielne opisywanie funkcjonowania rodzin uzależnionych chłopców i dziewcząt.

Odwolując się do aspektów relacji rodzic–dziecko, mierzonych na poszczególnych skalach kwestionariusza CIFA, można uznać, iż ojcowie uzależnionych chłopców okazują im mało ciepła, akceptacji czy miłości i równie niewiele troski, ujawniającej się poprzez udzielanie wsparcia, pomocy i opieki. W relacji ojciec–uzależniony syn dochodzi też do zaburzeń we wzajemnej komunikacji. Ojcowie są, zdaniem badanych, zdystansowani, mało szczerzy i niechętnie bezpośrednio wyrażają swoje zdanie czy opinie. Towarzyszy temu unikanie konfliktów i skłonność do zaprzeczania im, by stworzyć złudny obraz harmonii. Jednocześnie ze strony ojców uzależnieni synowie doświadczają więcej, niż nieuzależnieni, agresji, złości i krytyki. Ojcowie, podobnie zresztą jak matki, są dla uzależnionych mało spójni i nieprzewidywalni ze względu na swoją labilność emocjonalną, ambiwalencję czy niestałość. Z kolei matki dążą do bliskiego kontaktu fizycznego z synami, a jednocześnie wykazują tendencję do gwałtownego reagowania na ich stany emocjonalne i przejmowania odpowiedzialności za rozwiązywanie ich problemów. To matki charakteryzują się też wysokim natężeniem lęku separacyjnego, a oboje rodzice – wysokim nasileniem posesywności i zazdrości, czyli chęci posiadania dziecka wyłącznie dla siebie.

W przypadku dziewcząt obraz relacji z matką jest bardzo podobny do relacji łączącej badane z ojcem. Zdaniem dziewcząt, zarówno matki, jak i ojcowie są mało przewidywalni i ambiwalentni. Ponadto w relacji z córkami charakteryzuje ich wysokie natężenie lęku separacyjnego i posesywności. Oboje rodzice są wobec dziewcząt uzależnionych mniej, niż w grupie młodzieży nieuzależnionej, dominujący czy autorytarni, rzadziej starają się podejmować za nie decyzje czy kierować ich życiem. A może wręcz zupełnie ich nie kontrolują i nie są w stanie ustalić żadnych reguł czy sankcji wobec uzależnionych córek. W przypadku dziewcząt, w przeciwieństwie do chłopców, nie da się powiedzieć, że relacja z którymś z rodziców jest bardziej zaburzona. Zarówno matka, jak i ojciec wydają się być zbyt mocno zaangażowani w związek z córką i nie różnią się w tej kwestii. W przypadku chłopców to wyraźnie matka jest bardziej wplątana w relację z synem, natomiast ojciec wydaje się mu mniej bliski.

Można uznać, że dane te potwierdzają mechanizm, o którym pisze Stanton (10). Uważa on, że przyczyna angażowania się młodzieży w eksperymenty z narkoty-

kami tkwi w niewłaściwie funkcjonującym systemie rodzinnym. „Sprawny” system rodzinny zaspokaja potrzeby wszystkich swoich członków, a co się z tym ściśle wiąże – jest zdolny do przekształceń zgodnych z cyklem rozwoju dziecka. Istotnym zadaniem okresu dorastania jest rozpoczęcie procesu stopniowego oddalania się adolescenta od rodziny. Świadomość dążenia dziecka do separacji może się okazać bardzo zagrażająca dla rodziców i zwiększać ich poczucie lęku. Stąd używanie substancji psychoaktywnych intensyfikuje się właśnie w tym czasie. Uzależnienie służy osiągnięciu przez rodzinę homeostazy, bo sprawia, że nadużywający narkotyków członek rodziny jest bezradny i niezdolny do opuszczenia rodziny. Jednocześnie nie aprobowane przez rodziców używanie narkotyków, któremu najczęściej towarzyszy przynależność do grupy czy subkultury rówieśniczej, daje młodzieży iluzję niezależności. Proces ten pozwala więc na utrzymanie i umocnienie osiągniętego *status quo* w rodzinie.

Badania Rogali-Obłękowskiej (2) także wykazały, że relacja z matką i z ojcem jest nieco inaczej oceniana przez uzależnioną młodzież (choć w badaniu tym nie uwzględniono roli płci badanych). Zaburzenia więzi emocjonalnej dotyczyły przede wszystkim ojców, którzy okazywali się bardziej chłodni i zdystansowani wobec swoich dzieci, czy wręcz odrzucający. Dla znacznej części uzależnionych ojcowie nie byli znaczącymi osobami w życiu. Autorka wskazuje, iż szczególnie u chłopców, zaburzenie identyfikacji z ojcem może prowadzić do różnych form niedostosowania. Jest to zgodne z przeglądem badań dokonany przez Flouri, Buchanana (22), którzy potwierdzają, iż pozytywna relacja z ojcem łączy się m.in. z mniejszym doświadczaniem stresu psychologicznego i rzadszymi zachowaniami antyspołecznymi u dzieci. Jak wskazują Brook i wsp. (23) najważniejszymi czynnikami chroniącymi młodzież przed używaniem narkotyków jest satysfakcja matki z rozwoju dziecka oraz identyfikacja adolescenta z ojcem. Podstawą dla obu są dobre relacje pomiędzy dzieckiem i rodzicami.

Należy pamiętać, że otrzymane wyniki są specyficzne dla rodzin, których dzieci zdecydowały się na leczenie. Nie można ich raczej uogólniać na wszystkich uzależnionych i traktować wyróżnione czynniki jako uniwersalne. W przywoływanych wielokrotnie badaniach Rogali-Obłękowskiej (2) wykazano zasadnicze różnice w funkcjonowaniu rodzin osób uzależnionych od amfetaminy (głównie młodzieży) oraz osób uzależnionych od heroiny (częściej osób starszych – w okresie wczesnej dorosłości). Wydają się trafne wnioski autorki, że głębsze wchodzenie w uzależnienie może być uwarunkowane większym zaburzeniem systemu rodzinnego. Inni autorzy podkreślają, że dużym błędem jest traktowanie rodzin osób uzależnionych (nawet o podobnym poziomie głębokości uzależnienia) jako homogenicznych. Uzależnienie może bowiem pełnić różne funkcje i inne mechanizmy mogą leżeć u jego podłoża, np. Cancrini i wsp. (24) wyróżniają cztery typy rodzin osób uzależnionych od heroiny.

Konieczne jest też podkreślenie istotnych różnic pomiędzy strukturą rodzin młodzieży uzależnionej i nieuzależnionej. Okazuje się, że uzależnieni dużo częściej pochodzą z rodzin rozbitych. Potwierdzają to dane empiryczne, które wskazują, iż

rozwód jest jednym z ważnych czynników ryzyka narkomanii. Wydaje się, że pośrednio może to świadczyć o dużej konfliktowości tych rodzin, co również wiąże się w sposób istotny z uzależnieniem dziecka. Barrett i Tuner (25) podkreślają, że synowie i córki samotnych rodziców lub rodziców, którzy weszli w ponowne związki małżeńskie, deklarują mniejsze poczucie wsparcia ze strony rodziny. Jednocześnie znacznie częściej poszukują wsparcia w grupie rówieśniczej, w tym dewiacyjnej, i są bardziej podatni na jej wpływ. Ponadto osoby uzależnione stosunkowo częściej utraciły któregoś z rodziców. Jak wynika z badań Coleman (1975, za: 26) 72% rodzin osób uzależnionych doświadczyło co najmniej jednej traumatycznej lub nieoczekiwanej śmierci kogoś bliskiego z rodziny. Badaczka ta sugeruje, że uzależnienie dziecka może być wynikiem dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie z żałobą w rodzinie.

Kandel (1975, za: 10) uważa, że wchodzenie w kolejne stadia używania substancji psychoaktywnych związane jest z innymi uwarunkowaniami. Pierwsze eksperymenty z alkoholem to raczej wyraz naturalnego w naszej kulturze wkraczania adolescentów w dorosłość. Z kolei eksperymenty z marihuaną można uznać za bardziej związane z wpływem rówieśników. Dopiero przy nadużywaniu substancji psychoaktywnych należy szukać uwarunkowań rodzinnych. W niniejszym badaniu udało się jednak wykazać, że już we wstępnej fazie eksperymentowania z narkotykami rodzina może być jednym z czynników, który chroni jednostkę przed sięgnięciem po nie. Okazuje się, że poczucie bliskości i opiekuńczości ojca, choć najniższe u uzależnionych chłopców, także u eksperymentujących z narkotykami jest mniejsze niż u nieużywających. W przypadku uzależnionych dziewcząt poziom intruzywności ojca wzrasta wraz z pogłębianiem się używania narkotyków przez dziecko. Intruzywność matki okazuje się bardziej istotna przy rozróżnianiu osób uzależnionych od nieuzależnionych, niezależnie od ich płci.

Green i Werner (16) zakładają, że najlepiej funkcjonującymi rodzinami są te, w których relacje pomiędzy członkami charakteryzują się wysokim stopniem bliskości z opiekuńczością oraz niskim natężeniem intruzywności. Są to systemy, które zapewniają wsparcie, a jednocześnie mają duży respekt dla indywidualności jednostki. Natomiast inne kombinacje poziomu intruzywności i bliskości z opiekuńczością mogą być związane ze złym samopoczuciem któregoś z członków czy nawet z jego zaburzeniami psychicznymi. Nie można jednak mówić o tym, że to rodzice przyczyniają się do narkomanii dziecka. Rzeczywistość funkcjonowania rodziny jest bardzo złożona, gdyż zgodnie z założeniami teorii systemów wszystkie wzajemne zależności określa się jako cyrkularne. Wydaje się, że intruzywnym tendencjom ze strony rodziców może towarzyszyć lęk młodzieży przed dorosłością i podjęciem ról z nią związanych. Uzależnienie może dotyczyć przede wszystkim osób, które skutecznie unikają wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i prowokują innych członków rodziny, by zrobili to za nich. Wystarcza im poczucie pseudoindywidualizacji, związanej z angażowaniem się w nieakceptowane społecznie zachowania. Rodzina podtrzymuje więc symptom, jakim jest narkomania dziecka, której towarzyszy nieumiejętność oddzielenia się od rodziny samego uza-

leżnionego. Warto też zaakcentować, że rola, jaką wypełnia jednostka w systemie rodzinnym, np. „chorego członka rodziny”, zależy nie tylko od funkcjonowania rodziny, ale i od właściwości jednostki.

Warto też zastanowić się, czy wysokie natężenie intruzywności rodziców młodzieży uzależnionej, wykazane w badaniu, nie jest wtórne wobec nadużywania przez nią narkotyków. Jest to zresztą jeden z ważnych problemów metodologicznych dotyczących badań nad narkomanią. Wynikają one przede wszystkim z konieczności stosowania badań metodą *ex post*. Z tego względu nie można mówić o żadnych związkach przyczynowo-skutkowych, trudno jest nawet określić kierunek relacji pomiędzy zmiennymi. Można podejrzewać, że większa intruzywność rodziców zwiększa ryzyko uzależnienia dzieci. Równie prawdopodobne jest jednak, że narkomania dziecka podwyższa stopień intruzywności ze strony rodzica. Otrzymane dane mogą również sugerować, że w odpowiedzi na intruzywność rodziców młodzież jeszcze bardziej próbuje zaakcentować swoją niezależność i w efekcie jeszcze mocniej angażuje się w używanie narkotyków. Możliwe jednak, że rodzice widząc, iż dziecko coraz bardziej się uzależnia, zaczynają podejmować wszelkie możliwe środki, aby temu zapobiec. Wysokie wyniki na skali lęku separacyjnego i posesywności mogą być wtedy wyrazem troski rodziców i niechęci by dziecko angażowało się w kontakty z osobami, które, ich zadaniem, wciągają je w nałóg. Z kolei brak przewidywalności rodziców dałby się wyjaśnić ich próbami odnalezienia skutecznego sposobu oddziaływania na uzależnionego (które mogą być przez niego mylnie interpretowane jako ambiwalencja czy brak akceptacji).

Uzależnienie dziecka jest bardzo trudnym przeżyciem dla całej rodziny i może zupełnie zmienić rodzaj relacji pomiędzy jej członkami. Badając aktualne stosunki pomiędzy rodzicem i dzieckiem nie mamy możliwości stwierdzić, jak wyglądały one wcześniej, tzn. przed pojawieniem się problemu z narkotykami. Warto zastanowić się, czy nie trafniejsze byłoby badanie stosunków, jakie panowały pomiędzy rodzicem i dzieckiem przed pojawieniem się problemu używania narkotyków. Zrobiła to w swoich badaniach Rogala-Oblękowska (2), prosząc badanych, aby w udzielanych odpowiedziach odnosili się do sytuacji w rodzinie przed pojawieniem się nałogu. Tutaj z kolei łatwiej o zafałszowanie danych – trudno jest bowiem zakładać, że wszyscy badani dobrze pamiętają, jak wcześniej wyglądała sytuacja w ich rodzinie, a także, że aktualne stosunki nie wpłynęły na idealizację lub deprecjację przeszłości. Ponadto, zgodnie z założeniami teorii systemowej, to co dzieje się „tu i teraz” jest też pewną analogią dla wcześniejszych interakcji w rodzinie (4).

Badanie systemów rodzinnych jest zadaniem bardzo skomplikowanym. Podstawowe założenie podejścia systemowego głosi, że dla właściwego zrozumienia jednostki konieczne jest umieszczenie jej w kontekście rodzinnym. Oznacza to, że istotne staje się poznanie rzeczywistości rodzinnej, w jakiej znajduje się badany. Spośród różnych technik stworzonych w celu badania rodzin, najczęściej stosowane są kwestionariusze. Pozwalają one jednak na poznanie reprezentacji rodziny lub jej członków, jakie stworzył sobie badany, a nie tego, co rzeczywiście dzieje się w rodzinie (27). Z drugiej strony, percepcja jednostki tego, co się działo może

być dużo ważniejsza niż obiektywne znaczenie zaistniałych faktów czy też ich zgodność z rzeczywistością.

Dużą zaletą niniejszego badania jest natomiast możliwość ustosunkowania się do każdego z rodziców oddzielnie, w miejsce konieczności wyrażania swojej oceny wobec „rodziny jako całości”. Okazuje się bowiem, że w rodzinach tych trochę inne relacje łączą młodzież z matkami niż z ojcami. Co więcej – sama płeć dziecka może mieć decydujące znaczenie dla stosunków pomiędzy dzieckiem i rodzicem. Kwestionariusz CIFA pozwala więc na uwzględnienie różnic relacji dziecka z obydwójkiem rodziców i umożliwia zbudowanie bardziej złożonego modelu, w którym te różnice zostaną uwzględnione.

WNIOSKI

Zaprezentowane powyżej wyniki badania wskazują, że można mówić o pewnej specyfice funkcjonowania rodzin młodzieży uzależnionej od narkotyków. W niniejszej pracy skoncentrowano się przede wszystkim na dwóch aspektach relacji pomiędzy rodzicami i ich dziećmi – intruzywności i bliskości z opiekuńczością. Stwierdzono, że młodzież uzależniona postrzega swoich rodziców jako bardziej intruzywnych niż młodzież nieuzależniona. Jednocześnie chłopcy z problemem narkomanii oceniają swoich ojców jako okazujących im mniej ciepła, bliskości i opiekuńczości niż chłopcy nieuzależnieni. Otrzymane rezultaty mogą być ważną wskazówką dla terapeutów pracujących z młodzieżą uzależnioną. Wskazują na rolę rodziny w powstawaniu i utrzymywaniu się uzależnienia oraz wytyczają kierunek dla dalszej pracy terapeutycznej. Wyniki wymagają jednak potwierdzenia w kolejnym badaniu. Jest to szczególnie ważne ze względu na użycie nowego narzędzia – kwestionariusza CIFA, którego właściwości psychometryczne są ciągle sprawdzane. Konieczne może być także dodatkowe skontrolowanie poziomu uzależnienia dziecka i czasu trwania jego nałogu. Te dwie zmienne mogą mieć znaczący wpływ na relacje młodych ludzi z ich rodzicami.

PIŚMIENNICTWO

1. Werner PD, Green RJ (1999) *California Inventory for Family Assessment (CIFA)*. Home page: <http://ourworld.compuserve.com/homepages/pdwerner/cifa1.htm>. Uzyskano dnia: 30.10.2004.
2. Rogala-Obłąkowska J (1999) *Młodzież i narkotyki – rodzinne czynniki nałogu*. Warszawa: ISNS UW.
3. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64–105.
4. Tryjarska B (1995) Terapia rodzinna. W: Grzesiuk L (red.) *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN, 245–293.
5. Namysłowska I (2000) *Terapia rodzin*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

6. de Barbaro B (red.) (1999) *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny* (wyd. 2). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Gaś ZB (1994) *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej.
8. Klagsbrun M, Davis DI (1977) Substance abuse and family interaction. *Family Process*, 16, 149–164.
9. Alexander BK, Dibb GS (1977) Interpersonal perception in addict families. *Family Process*, 16, 17–28.
10. Stanton MD (1979) Family treatment approaches to drug abuse problems: a review. *Family Process*, 18, 251–280.
11. Alexander BK, Dibb GS (1975). Opiate addicts and their parents. *Family Process*, 14, 499–514.
12. Rogala-Oblękowska J (2002) *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*. Warszawa: ISNS UW.
13. Gaś ZB (2000) *Psychoprofilaktyka – procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej.
14. Schweitzer RD, Lawton PA (1989) Drug abusers’ perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*, 84, 309–314.
15. Friedman AS, Utada A, Morrissey MR (1987) Families of adolescent drug abusers are “rigid”: Are these families either “disengaged” or “enmeshed”, or both? *Family Process*, 26, 131–148.
16. Green RJ, Werner PD (1996) Intrusiveness and closeness–caregiving: Rethinking the concept of family “enmeshment”. *Family Process*, 35, 115–136.
17. Shedler J, Block J (1990) Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612–630.
18. Gorsuch RL, Butler MC (1976) Initial drug abuse: A review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83, 120–137.
19. Woynarowska B, Mazur J (2003) Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w 2002 roku. *Alkoholizm i Narkomania*, 16, 155–171.
20. Sierosławski J (2002) *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży – dylematy profilaktyki*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
21. Stępień E (2004) *Psychospołeczne korelaty używania narkotyków wśród młodzieży. Przegląd badań z lat 1997–2002*. Home page: www.narkomania.gov.pl. Uzyskano dnia: 05.07.2006.
22. Flouris E, Buchanan A (2003) The role of father involvement in children’s later mental health. *Journal of Adolescence*, 26, 63–78.
23. Brook JS, Brook DW, De La Rosa M, Whiteman M, Johnson E, Montoya I (2001) Adolescent illegal drug use: the impact of personality, family, and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183–203.
24. Cancrini L, Cingolani S, Compagnoni F, Costantini D, Mazzoni S (1988) Juvenile drug addiction: a typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27, 261–271.
25. Barret AE, Tuner RJ (2006) Family structure and substance use problems. *Addiction*, 101, 109–120.
26. Coleman S, Kaplan JD, Downing RW (1986) Life cycle and loss – the spiritual vacuum of heroin addiction. *Family Process*, 25, 5–23.
27. Płopa M (2005) *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Impuls.

Adres do korespondencji
ul. Ryżowa 43D/2, 02-495 Warszawa
tel. (mobile) 691-759-687
e-mail: magdalena_gorska@poczta.onet.pl

otrzymano: 19.10.06
przyjęto do druku 16.01.07