

Pomoc psychologiczna dzieciom z rodzin alkoholowych

PRAKTYCZNY PRZEWODNIK



Bryan E. Robinson, J. Lyn Rhoden



PARDA

PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH



NPZ

Bryan E. Robinson, J. Lyn Rhoden

Pomoc psychologiczna dzieciom z rodzin alkoholowych

PRAKTYCZNY PRZEWODNIK

Warszawa 2017

Tytuł oryginału:

Working with Children of Alcoholics. The Practitioner's Handbook

ISBN 0-7619-0756-4 (cloth: alk. paper)

ISBN 0-7619-0757-2 (pbk.: alk. paper)

Tłumaczenie:

Agnieszka Marciniak

Tłumaczenie na podstawie umowy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z wydawnictwem SAGE Publications, INC.

Projekt okładki:

Cezary Puchniarz

Redakcja i korekta:

Barbara Gruszka

Przygotowanie do druku i druk:

ARW A. Grzegorzczak

www.grzeg.com.pl

Copyright © 1998 by Sage Publications, Inc.

Copyright © 2017 by Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-24-7

ebook ISBN 978-83-88075-31-5

pdf ISBN 978-83-88075-35-3

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Podziękowania

*Chcielibyśmy podziękować i wyrazić uznanie
dla naszej asystentki, Karen Flynn,
za jej ważny wkład w powstanie niniejszej
książki.
Jej przenikliwe i błyskotliwe komentarze
usprawniły pisanie i podniosły wartość
samej publikacji.*

Spis treści

1. RODZINA – PERSPEKTYWA SYSTEMOWA

Systemy rodzinne – podstawowe założenia i koncepcje

Wzajemne powiązania

Właściwości szczególne

Założenia perspektywy systemowej rodziny

Współzależność w rodzinie

Koncepcje systemów rodzinnych

Granice rodzinne

Zmiany w rodzinie

Przyglądając się bliżej

Czym jest funkcjonowanie rodziny?

Zadanie określania tożsamości rodziny

Zadania ustalania rodzinnych granic

Utrzymywanie fizycznego otoczenia rodziny

Podtrzymywanie klimatu emocjonalnego rodziny

Rozwój rodziny a stres

Spojrzenie poza rodzinę

Podsumowanie

2. ALKOHOLIZM W STANACH ZJEDNOCZONYCH – PERSPEKTYWA SOCJO-HISTORYCZNA

Historia spożywania i nadużywania alkoholu oraz równoległe czynniki socjologiczne

Spożywanie i nadużywanie alkoholu we współczesnej kulturze amerykańskiej – kto pije i dlaczego?

Dlaczego Amerykanie piją?

Dlaczego Amerykanie mają „problemy z alkoholem”?

Normy towarzyszące spożywaniu alkoholu

Ambiwalentne postawy społeczeństwa wobec konsumpcji alkoholu

Podsumowanie

3. ŻYĆ I PRZEŻYĆ W DOMU Z ALKOHOLEM

Alkoholizm jako choroba rodziny

Rozwój tożsamości i role pozwalające na przetrwanie w rodzinach alkoholowych

Bohater

Kozioł ofiarny

Zagubione dziecko

Maskotka

Porady dla opiekunów i terapeutów

Pomaganie bohaterom rodzinnym

Pomaganie kozłom ofiarnym

Pomaganie zagubionym dzieciom

Pomaganie maskotkom

Nadzieja dla dzieci z rodzin alkoholowych

4. PRZYSTOSOWANIE PSYCHICZNE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH

Psychologiczne pole bitwy

Rozwój mechanizmu zaprzeczania

Profil psychologiczny rodzin alkoholowych

Urazy emocjonalne

Gniew

Lęk i niepokój

Poczucie winy

Smutek i depresja

Dezorientacja

Wstyd i izolacja

Żal

Funkcjonowanie psychiczne

Czynniki wpływające na rozwój psychiczny

Dzieci z rodzin alkoholowych odporne na urazy psychiczne

Samoocena

Centrum kontroli

Problemy w relacjach interpersonalnych

Porady dla opiekunów i terapeutów

5. ZAGROŻENIA ROZWOJOWE I BEHAWIORALNE

A. Zdrowie i bezpieczeństwo

FAS (alkoholowy zespół płodowy)

Zaburzenia psychosomatyczne

Zaburzenia kompulsywne

Zaburzenia odżywiania

Dzieci z osobowością typu A i pracoholizm

Przemoc fizyczna i molestowanie seksualne

Dzieci z rodzin alkoholowych pozostawione bez opieki
(z kluczem na szyi)

Porady dla opiekunów i terapeutów

Kiedy konsultować się u innych specjalistów?

Jak wzmacniać walory dziecka?

Jak wprowadzać programy uczące samodzielności?

Jak pomóc łagodzić stres?

B. Problemy z nauką i zachowaniem

Ojcowie alkoholicy a postępy dzieci w nauce

Matki alkoholiczki a postępy dzieci w nauce

Płeć dziecka a wyniki w nauce

Ubóstwo a wyniki w nauce

Przyczyny słabych ocen

Zaburzenia rozwoju i zachowania

Samobójstwa

Porady dla opiekunów i terapeutów

Spójrz poza zewnętrzne objawy

Zapewnij dodatkową uwagę

Wzmacniaj właściwe zachowania

Wspieraj rodziców

6. ROZPOZNAWANIE DZIECI Z RODZIN

ALKOHOLOWYCH

Etap przedszkolny

Potrzeba wczesnej identyfikacji

Przeszkody na drodze do wczesnej identyfikacji

Monitorowanie codziennych czynności

Trudności z zasypianiem

Nawyki związane z czynnościami fizjologicznymi

Nawyki związane z jedzeniem

Przyjmowanie zmian w otoczeniu

Opóźnienia rozwojowe

Obserwacja zabawy

Zabawa w teatr

Etapy zabawy

Podtrzymywanie uwagi i nadaktywność

[Nagłe zmiany podczas zabawy](#)
[Ocena przystosowania emocjonalnego](#)
[Dzieci o zmiennym usposobieniu](#)
[Wybuchy złości](#)
[Zachowania regresywne](#)
[Lęk separacyjny](#)
[Przywiązanie podszyte niepewnością](#)
[Obserwacja rodziców](#)
[Metody wychowawcze](#)
[Wiedza o rozwoju dziecka i postawy wychowawcze](#)
[Rodzicielska obojętność](#)
[Przemoc i zaniedbanie ze strony rodziców](#)
[Porady dla opiekunów i terapeutów](#)
[Jak radzić sobie z zaprzeczaniem?](#)
[Walidacja stwierdzeń dzieci w wieku przedszkolnym](#)
[Identyfikacja dzieci z rodzin alkoholowych w wieku](#)
[szkolnym i nastoletnim](#)
[Przeszkody na drodze do identyfikacji starszych dzieci](#)
[Istotność identyfikacji](#)
[Rozpoznawanie na podstawie obserwacji profesjonalisty](#)
[Orientacje behawioralna i psychologiczna](#)
[Poszukiwanie skrajności](#)
[Potrzeba równowagi](#)
[Ostrożność wobec poczynionych obserwacji](#)
[Rozpoznawanie na podstawie standardowych procedur](#)
[Test CAST](#)
[Ankiety i wywiady](#)
[Autoidentyfikacja](#)
[Proces autoidentyfikacji](#)
[Kwestie prawne](#)

7. PROGRAMY I STRATEGIE TERAPEUTYCZNE DLA DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH

Skuteczne programy przeznaczone dla dzieci z rodzin
alkoholowych

Programy psychoedukacyjne

System szkolny

Edukacja wyższego stopnia

Ośrodki terapeutyczne

Ustalanie celów programów

Alkoholizm jest chorobą

Każdy odczuwa ból

Dzieci nie są same

Przyczyna, kontrola, leczenie

Troska o siebie

Identyfikacja i wyrażanie emocji

Rozmowy o picciu rodziców

Wysokie ryzyko uzależnienia

Systemy wsparcia

Samodzielne rozwiązywanie problemów

Porady dla opiekunów i terapeutów

W obronie i w imieniu dzieci

Realizacja programów edukacyjnych na temat
alkoholu

Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin alkoholowych

Terapeutyczna wartość gier i zabaw

Zabawa w teatr

Etapy zabawy

Zabawa w wyobraźni

Gry pozbawione elementu rywalizacji

Psychodramy

Twórcze sposoby ekspresji

Biblioterapia

Filmy wideo

Praca w grupach

Porady dla opiekunów i terapeutów

Szerz wiedzę

Traktuj dzieci indywidualnie

Pomóż dzieciom odzyskać równowagę

Wyposaż dzieci w siłę i moc

8. MIĘDZYPOKOLENIOWE PRZEKAZYWANIE

ALKOHOLIZMU

Dynamika rodziny

Rodzaje rodzin

Rytuały rodzinne

Drogi rozwojowe dzieci z rodzin alkoholowych

Niemowlęctwo

Pierwsze kroki

Wczesne dzieciństwo

Późne dzieciństwo

Okres dojrzewania

Dorosłość

Predyspozycje genetyczne

Badania nad bliźniętami

Badania nad dziećmi adoptowanymi

Badania fizjologiczne

Genogramy

Nowy początek

LITERATURA

NOTY O AUTORACH

RODZINA

– perspektywa systemowa

Postrzeganie rodziny w optyce systemowej ułatwia nam zrozumienie złożoności sytuacji rodzin alkoholowych, ma także znaczenie w kontekście pomocy udzielanej dzieciom zmagającym się z lękiem i kłopotami spowodowanymi przez nadużywających alkohol rodziców. Alkoholizm jest integralnym i nieusuwalnym komponentem całej rodziny, a także rodzinnej sieci społecznych powiązań. Bywa, że alkoholizm postrzegany jest jako „cichy członek rodziny”, ponieważ generuje rodzinną dynamikę i wpływa na jej funkcjonowanie. Wchodzi w interakcje i wywiera wpływ na każdego członka rodziny.

Wspólnota rodzinna koncentruje się wokół zachowania alkoholika, przez co potrzeby dzieci często znajdują się na drugim miejscu, a ich problemy tracą na wyrazistości. Kompleksowy program pomocy dzieciom z rodzin

alkoholowych musi uwzględniać nie tylko dziecko, lecz także dziecięce środowisko, kontekst, system rodziny i jej otoczenie, a także szeroki system społeczno-ekonomiczno-kulturowy (Anderson, Sabatelli, 1993). Poświęcając uwagę złożoności powyższych systemów, przygotowany do pomocy specjalista może zidentyfikować zasoby i strategie potrzebne do uwidocznienia specyficznych problemów dzieci. Będzie również mógł ograniczyć dziecięcy ból i cierpienie, tak by otrzymały one potrzebną pomoc i mogły prowadzić szczęśliwsze oraz bardziej efektywne życie.

PRZYPADEK 1.

Jack i Dorothy Smith, oboje po czterdziestce, pobrali się dwadzieścia lat temu. W rodzinie Smithów rzadko otwarcie okazuje się uczucia, ale małżonkowie i trójka ich dzieci – Rick, Tracy i Eva – wiedzą, że członkowie rodziny kochają się i im na sobie zależy. Dzieci są już dorosłe, a Jack i Dorothy planowali spędzać ze sobą czas, ciesząc się swoją obecnością.

Praca Jacka zawsze była źródłem konfliktów z żoną oraz dorosłymi już dziećmi. Dorothy miewała często poczucie, że wychowuje dzieci samotnie. Choć każde dziecko osiągnęło sukces, przyznali się jej, że nie wierzyli, że kiedykolwiek uda im się spełnić oczekiwania ojca. Czuli też wobec niego gniew, gdyż nie pozwolił im się do siebie zbliżyć.

Dorothy rozczarował brak zaangażowania Jacka w kwestie wychowywania dzieci i prowadzenia domu. Mąż obiecywał jej

też, że będzie brał udział w spotkaniach towarzyskich, ale nie dotrzymywał słowa. Zajęcia i samopoczucie rodziny koncentrowało się wokół jego nastrojów i kaprysów, a każdy członek rodziny zmieniał swoje plany, licząc na uwagę Jacka. Dzieci zorientowały się, że uda im się spędzić trochę czasu z ojcem, jeśli w sobotnie ranki pójdą do jego kancelarii. Bawiły się w pokoju przylegającym do biura taty. Dorothy ukończyła nawet kurs asystentki prawnej i podjęła pracę w kancelarii męża, w nadziei na bycie choć przez moment w jego pobliżu. W rzadkich chwilach, gdy Jack próbował aktywnie włączyć się w rodzinne zajęcia, czuł się odrzucony przez żonę – ona z kolei czuła, jakby wtargnął na jej teren.

Niedawno Jack, wciąż bardzo zaangażowany w praktykę prawniczą, wybrał się do lekarza ze względu na wynikające ze stresu problemy zdrowotne. Lekarz zalecił długie weekendy i wakacje jako najlepsze lekarstwo na stres. Jack woził jednak wszędzie ze sobą dokumenty z pracy. Dorothy narzekała, że mąż pracuje w trakcie wycieczek. Nie chciała samotnie zwiedzać muzeów, wiedząc, że Jack został popracować w hotelowym pokoju. Nawet podczas długich weekendów w górach Jack często dzwonił do współpracowników z kancelarii w mieście.

Do tej pory, aby zrozumieć, co dzieje się w rodzinie Smithów – czy w jakiegokolwiek innej – socjologowie koncentrowali się na poszczególnych jej członkach, zachowaniach rodzicielskich dorosłych i reakcjach dzieci na wychowanie. W ostatnich latach pełne zrozumienie Smithów i im podobnych umożliwiła systemowa perspektywa

funkcjonowania rodziny. Współczesna teoria systemu rodzinnego pochodzi od ogólnej teorii systemów (General Theory System), według której w świecie wszystkie obiekty są ze sobą wzajemnie powiązane (Whitchurch, Constantine, 1993). Niniejszy rozdział przedstawia podstawowe koncepcje perspektywy systemowej oraz bada ściśle powiązania oraz współzależności między najważniejszymi systemami społecznymi i kulturowymi wpływającymi na kształt życia: rodziną, pracą, sąsiedztwem oraz szkołą (Gacic, 1986). W kolejnych rozdziałach zastosowanie podejścia systemowego w analizie sytuacji rodzin alkoholowych pozwoli czytelnikom na pełniejsze zrozumienie całej złożoności tej problematyki. Model systemowy uwzględnia fakt, iż alkoholizm nie jest zjawiskiem odrębnym, a raczej integralnie i nieusuwalnie związanym z funkcjonowaniem zarówno systemu rodzinnego, jak i systemów społecznych tworzących jego „kontekst” (Gacic, 1986).

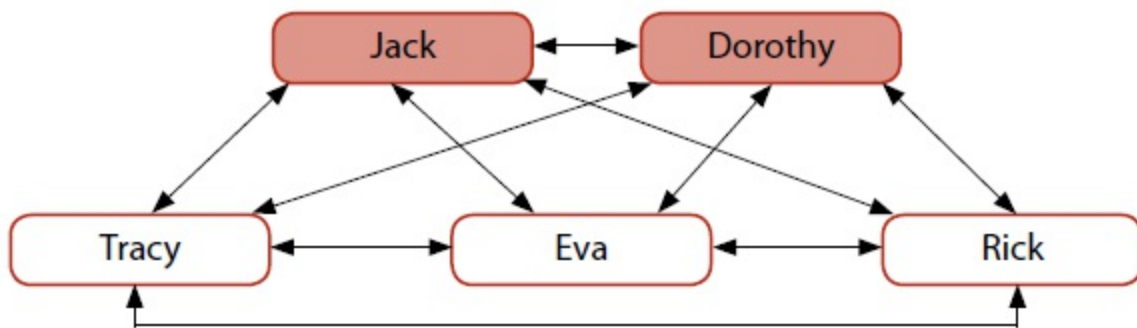
Systemy rodzinne – podstawowe założenia i koncepcje

Wzajemne powiązania

Ogólna teoria systemów definiuje system jako zbiór wzajemnie powiązanych ze sobą i środowiskiem elementów. W odniesieniu do rodziny elementy oznaczają nie tylko poszczególnych jej członków, lecz również relacje i zależności między nimi. Przykładowa rodzina Smithów składa się z więcej niż pięciu elementów. Uwzględnić należy

także relacje między małżonkami, Jackiem i Dorothy; między każdym z rodziców i każdym z dzieci, a także między rodzeństwem. W formie graficznej wykres rodziny Smithów składa się z figur geometrycznych reprezentujących pięcioro członków rodziny oraz wielu krzyżujących się strzałek odpowiadających rodzinnym współzależnościom i relacjom (rysunek 1.1).

Rysunek 1.1. Struktura systemu rodzinnego Smithów



Właściwości szczególne

Cechy szczególne rodziny wyłaniają się w wyniku interakcji i współzależności, co można zilustrować przykładem ciasta. Wiele pojedynczych składników (mąka, jaja, cukier, kakao) łączy się i pod wpływem zmian temperatury, działania energii i upływu czasu tworzą całość o „charakterze ciasta” (rozumianą jako smak, konsystencja i atrakcyjność). Cechy *wyłaniają się* jedynie na poziomie systemu rodzinnego jako funkcje dynamiki tego systemu, definiując np. poziom współpracy, wydajność i spójność danej grupy. W obrębie rodziny poszczególne składniki

równać się będą jej indywidualnym członkom i ich cechom. Dynamikę interakcji i powiązań rodzinnych porównać można do energii cieplnej. Czas pieczenia odpowiada rozwojowi w rodzinie, a wyłaniające się właściwości szczególne stanowią o wyjątkowości rodziny. Unikatowe cechy rodziny Smithów wynikają z wymieszania atrybutów jej członków. Jack jest zaabsorbowany pracą, Dorothy samotna i niezadowolona, dzieci gniewają się na ojca i pragną być bliżej niego – wszystko to wraz z miłością i troską spajającą rodzinę tworzy jej specyficzny charakter i „smak”. Wraz z upływem czasu interakcje i współzależności wewnątrz rodziny wygenerują energię potrzebną do wzajemnego oddziaływania elementów rodziny na siebie. Wśród wyłaniających się cech szczególnych zauważymy być może koncentrację rodziny na osobie Jacka i stopniowo narastające napięcia związane z jego zaabsorbowaniem pracą.

Założenia perspektywy systemowej rodziny

Perspektywa systemowa rodziny opiera się na dwóch podstawowych założeniach. Po pierwsze rodzinę należy rozumieć jako całość (Anderson, Sabatelli, 1993; Isaacson, 1991; Whitchurch, Constantine, 1993). Rodzina jest czymś więcej niż sumą składników. Nie można zrozumieć jej funkcjonowania analizując każdego z poszczególnych członków osobno. Zachowania członków rodziny zazębiają się (Isaacson, 1991), toteż w analizie należy uwzględnić dynamikę interakcji między nimi, wzory oraz wyłaniające się

szczególne właściwości rodziny. Dla przykładu: możemy dokładniej zrozumieć dynamikę wynikającą z niezadowolenia Dorothy z nieobecności męża w życiu rodzinnym, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że Jack czuje się odtrącony przy próbach bardziej aktywnego uczestnictwa. Takie wzorce zachowań prowadzić będą do dalszego wycofywania się Jacka i rosnącego niezadowolenia jego żony.

Z drugiej strony, przyjmuje się, że systemy rodzinne mają możliwość samoanalizy. Oznacza to, że rodziny mogą ocenić sytuację, jeśli zrobią krok w tył i dokonają obserwacji tak, jak zrobiłby to ktoś z zewnątrz. Wzrośnie dzięki temu samoświadomość, łatwiej będzie wyznaczać cele i nastawić się na ich realizację. Komunikacja między członkami rodziny podnosi poziom autorefleksji jej członków.

Współzależność w rodzinie

Członkowie rodziny są względem siebie współzależni, a rodzinny system spaja sieć relacji. W rezultacie wzajemne wpływy uwidoczniają się w zachowaniach rodziców i dzieci – to, co dzieje się z jedną częścią systemu rodzinnego, wpływa na wszystkie pozostałe elementy. Jednym z aspektów współzależności są wzory i stereotypy (Robinson, w druku). Z upływem czasu członkowie rodziny wykształcają w sobie określone zachowania, reakcje na działania pozostałych. Intensywne zaangażowanie Jacka Smitha w pracę zawodową wpływa na żonę i dzieci, w których budzi się poczucie izolacji. Dorothy może zareagować na koncentrację męża na karierze narzekaniem i próbami namawiania, by mniej

pracował. Obieg zamknie się, jeżeli Jack z kolei zareaguje ripostą: „Chętniej spędzałbym czas w domu, gdybyś tyle nie narzekała”.

Wszyscy członkowie rodziny wywierają wpływ na siebie nawzajem, ale nie w jednakowym stopniu. Każdy system rodzinny zorganizowany jest względnie warstwowo; powstaje hierarchia siły i możliwości oddziaływania. Żona i dzieci Jacka mogą wprawdzie w pewnym zakresie wpłynąć na niego oraz zachęcać do udziału w życiu rodzinnym, ale ostateczna decyzja należy do Jacka.

Koncepcje systemów rodzinnych

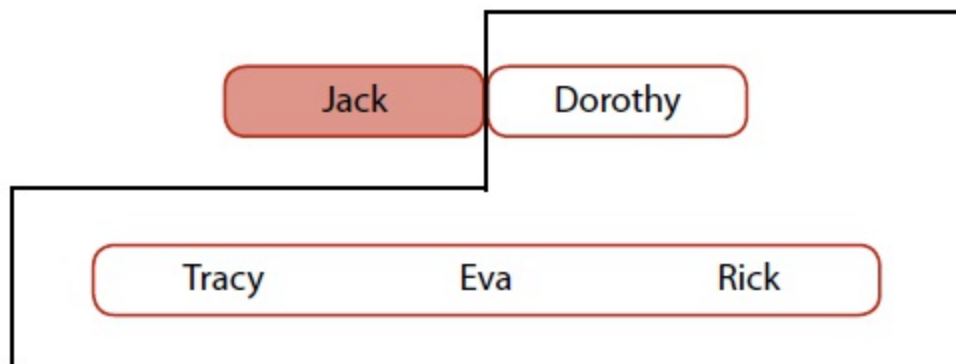
Granice rodzinne

Granice społeczne definiują system rodzinny i stanowią płaszczyznę stykającą rodzinę z innymi systemami. W obrębie rodziny istnieją także granice wewnętrzne, wyznaczające np. podsystem rodzicielski lub małżeński. Na rysunku 1.2. linie wokół Jacka i Dorothy wytyczają podsystem małżeński, a te wokół Tracy, Ewy i Ricka obramowują podsystem rodzeństwa. Granice wewnętrzne wyznaczają również sojusze i koalicje. Sojusz to podsystem oparty na określonym wspólnym interesie, nie dotyczącym innych członków rodziny. Koalicja natomiast oznacza przymierze dwóch członków rodziny przeciwko trzeciemu. W rodzinie Smithów Dorothy i dzieci tworzą prawdopodobnie koalicję przeciw Jackowi, jako że wyrażają dezaprobatę wobec zaangażowania ojca w pracę kosztem uczestnictwa w życiu rodzinnym. (Na

rysunku 1.2. koalicję symbolizuje figura otaczająca Dorothy, Tracy, Evę i Ricka – bez Jacka).

Granica zewnętrzna ogranicza rodzinę do jej członków. W pewnym sensie Jacka można uznać za outsidera spoza granicy, zwłaszcza gdy dzieci i żona przekonani są, że tata specjalnie się odsuwa. Zewnętrzna granica wytycza również miejsce interakcji i wymiany informacji rodziny i otoczenia. Przykładowo sekrety rodzinne – uznawane za prywatne informacje – nie wyjdą na ogół poza ramkę. Ciemna linia otaczająca całą rodzinę Smithów na rysunku 1.2 sugeruje, że solidna granica zewnętrzna nie pozwala prywatnym sprawom Smithów wyjść poza rodzinę.

Rysunek 1.2. Systemy i podsystemy rodziny Smithów

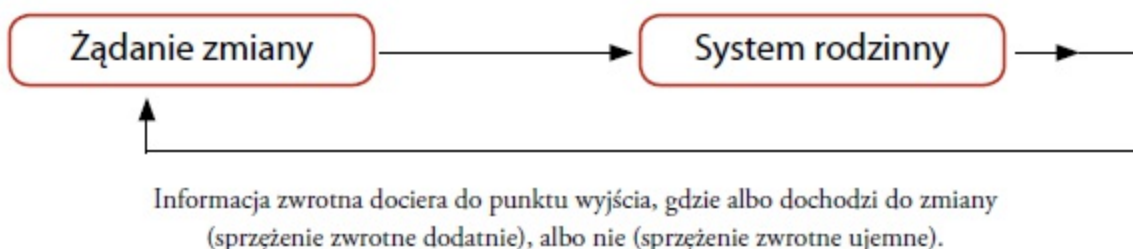


Zmiany w rodzinie

Systemy rodzinne charakteryzuje również tendencja do ulegania lub przeciwstawiania się zmianom. Podejście systemowe postrzega zmianę w rodzinie jako wynik działania całego systemu opartego na wewnątrzrodzinnych procesach kontroli i sprzężenia zwrotnego (Anderson i Sabatelli, 1993).

Sprzężenie zwrotne w rodzinie zaczyna działać, gdy jakieś zakłócenie wymusza zmiany w strukturze lub funkcjonowaniu rodziny. Informacja (zakłócenie, wezwanie do zmiany) przepływa z jednego punktu w systemie do innego, po czym wraca na początek obiegu (rysunek 1.3). Przykładowo w rodzinie Smithów, na przykład Tracy może okazać większą potrzebę prywatności i poprosić o zgodę na zamykanie drzwi sypialni, nawet na klucz. Powiadomienie o żądaniu zmiany przesunie się wzdłuż linii interakcji w całym systemie rodzinnym, a rodzice Tracy omówią sytuację przed ewentualną zgodą na prośbę córki, podczas gdy jej brat, Rick, może wyrazić chęć uzyskania przywileju dla siebie lub też dokuczać siostrze z powodu jej potrzeby prywatności. Pętla sprzężenia zwrotnego zamknie się w punkcie wyjścia, zmieniając lub nie stopień przyznanej prywatności dla Tracy. Członkowie rodziny mogą na przykład uszanować jej potrzeby pukając do drzwi i czekając na zaproszenie, bądź też z niechęcią do nowej zasady walić w drzwi, aż Tracy im otworzy.

Rysunek 1.3. Pętla sprzężenia zwrotnego



Sprzężenie zwrotne ujemne służy utrzymaniu równowagi w rodzinie, nie pozwala bowiem na nadmierne odchylenie od

przyjętych norm. Jest to powszechne zjawisko; rodziny tworzą i utrzymują określone wzorce interakcji. W rodzinie Smithów przykładem wzorca jest narzekanie Dorothy: „Gdybyś tylko częściej bywał w domu, nie narzekałabym tyle” oraz riposta Jacka: „Jak mógłbym chcieć częściej bywać w domu, skoro cały czas narzekasz?”. Taka interakcja doprowadzi najpewniej do stanu, kiedy Jack nadal za mało czasu spędzać będzie w domu, a Dorothy wciąż będzie z tego powodu nieszczęśliwa.

Natomiast sprzężenie zwrotne dodatnie wywołuje zmianę w strukturze i funkcjonowaniu rodzinnego systemu. Sprzężenie zwrotne samo w sobie nie jest ani dodatnie, ani ujemne. Jego jakość zależy od wpływu zmian na system. W naszym przykładzie zapewnienie Tracy większej prywatności może, ale nie musi, być dla rodziny korzystne, w zależności od stopnia osłabienia lub wzmocnienia funkcjonowania rodziny, jakie przyniesie. Być może przyznanie córce prawa do większej prywatności wzmocni jej przekonanie o tym, że rodzina ją szanuje i ceni. Zmniejszy się zatem jej potrzeba domagania się szacunku przez mechanizmy obronne typu *acting-out*, a całościowo życie rodzinne zyska na jakości. Z drugiej strony jednak, Tracy może wykorzystać podwyższony poziom prywatności i odseparować się od swej rodziny, a funkcjonowanie systemu ucierpi. W obu przypadkach mamy do czynienia z zamkniętą pętlą sprzężenia zwrotnego dodatniego, ponieważ w rodzinie zaszła zmiana.

Systemy rodzinne podlegają zmianom w dwóch formach:

pierwszego i drugiego rzędu. W przypadku zmian pierwszego rzędu członkowie rodziny modyfikują swe indywidualne zachowania. Nie ma pełnego obiegu sprzężenia zwrotnego dodatniego, ponieważ struktura i funkcjonowanie rodziny pozostają w zasadzie takie same. Przykładowo, Dorothy i jej dorastający syn Rick mogą być skonfliktowani w sprawach uczestniczenia w obowiązkach domowych. Dorothy może odnosić wrażenie, że Rick nie wywiązuje się dostatecznie z tych obowiązków, a Jack z kolei może często poddawać się pokusie i uwalniać Ricka od kłopotów, obiecując, że „załatwi sprawę z mamą”. Do „zmiany” dojdzie, jeżeli Dorothy zmusi Ricka do uległości groźbą, np. zakazem korzystania z rodzinnego samochodu. W takim przypadku nie zidentyfikowano ani nie podjęto działań względem źródła konfliktu. Zmiana drugiego rzędu obejmuje przekształcenie systemu rodzinnego, na przykład przez reorganizację wzorców interakcyjnych. Gdyby relację Dorothy i Ricka zanalizować w kontekście całej rodziny, można by wywnioskować, że konflikt między rodzicem a dzieckiem osłabi silniejszy podsystem małżeński i rodzicielski oraz powstanie spójnych wzorców rodzicielskich. Zmiany pierwszego rzędu częściej charakteryzuje odwracalność zmian, podczas gdy te drugiego rzędu utrwalają się, z uwagi na wzmocnienie struktury samego systemu (Anderson, Sabatelli, 1993).

Przyglądając się bliżej

Czym jest funkcjonowanie rodziny?

Z perspektywy systemowej rodzina składa się z grupy współzależnych od siebie osób, które łączą wspólne przeżycia i więzi emocjonalne różnej intensywności oraz strategie zaspokajania potrzeb całej rodziny i jej poszczególnych członków (Anderson, Sabatelli, 1993). Na różnych etapach okresu trwania rodziny potrzeby zmieniają się, strategie także zatem muszą się zmieniać. W rodzinie Smithów kwestia większej prywatności u Tracy jest wyrazem normalnej potrzeby rozwojowej: poszerzenia autonomii. Rodzina powinna zastanowić się, jak najlepiej zaspokoić potrzeby Tracy.

Cele poszczególnych członków rodziny oraz grupy jako całości możemy podzielić na dwie główne kategorie: (1) przetrwanie rodziny oraz (2) rozwój i wzrost jej poszczególnych członków (Anderson, Sabatelli, 1993). Rodzinom udaje się osiągnąć oba cele przez realizację czterech istotnych zadań: (1) określenie tożsamości, (2) ustalanie granic, (3) utrzymywanie otoczenia fizycznego oraz (4) podtrzymywanie klimatu emocjonalnego rodziny. Większość powyższych typowych zadań dotyczy wielu rodzin, choć strategie wyzyskiwane w celu ich realizacji różnią się i odzwierciedlają wyjątkowość każdej rodziny.

Wskaźnikiem prawidłowego funkcjonowania rodziny jest stopień wypełniania powyższych czterech zadań, co zapewnia zarówno przetrwanie, jak i rozwój. Jeżeli rodzina osiąga swoje cele, to „robi swoje” niezależnie od pozornych różnic w osiąganiu celu w innych rodzinach. Rodzina

z dwojgiem rodziców i jednym dzieckiem oraz sporymi dochodami wypracuje najprawdopodobniej zupełnie inne strategie zmierzające do zaspokojenia potrzeb jej członków niż samotny rodzic z trójką dzieci o ograniczonych zasobach. Obie rodziny mogą jednak spełniać zadania jednakowo dobrze.

Różne rodziny stosują odmienne strategie; w większości do dobrego wykonywania zadań przyczyniają się określone zasady. Rodzinne zasady definiują zachowania dopuszczalne i niedopuszczalne, a także odzwierciedlają rodzinną tożsamość. Niektóre zasady dotyczą tylko konkretnych zadań rodzinnych: na przykład „wszyscy wypełniamy swoje obowiązki”, „negocjujemy, jak osiągnąć cele” albo „ma być tak, jak mówi Mama”. Zasady mogą być jawne (tj. jasno wyrażane) lub domyślne (gdy nie wypowiedza się ich na głos, ale wszyscy je znają). Z biegiem lat na zasady zaczynają wpływać metazasady, „zasady o zasadach”, które określają ich zakres, decydują, które z nich są ważniejsze oraz jakie są wyjątki. Jeżeli w rodzinie Smithów jest zasada: „w weekendy należy wracać do domu przed północą”, przykładowa metazasada stanowi, że ojciec może opóźnić czas powrotu do domu, jeśli poprosi się go we właściwym momencie i w określony sposób.

Zadanie określania tożsamości rodziny

Określanie tożsamości rodziny to zadanie podwójne: chodzi o rozwój tożsamości rodziny oraz tożsamości poszczególnych jej członków. Z jednej strony tworzenie

tożsamości rodziny oznacza dla niej budowanie wyobrażeń na własny temat. Często dokonuje się to przez zmiany rozwojowe motywów odzwierciedlających wyjątkowy charakter rodziny, takich jak: wyznawane wartości, przynależność etniczna czy sposób komunikacji wewnątrz i na zewnątrz. Cechy te mogą wywodzić się z rodzinnej historii, wyznania lub pochodzenia etnicznego. Członkowie rodziny wyrażają je, mówiąc na przykład: „Nasza rodzina jest bardzo zżyta/silna/religijna/niezorganizowana/tradycyjna” itd. Cechy rodziny Smithów mogą wpływać z tradycyjnego podziału ról płciowych oraz wagi przywiązywanej do sukcesu i bezpieczeństwa materialnego – na co wskazuje uporczywy pęd Jacka do kariery oraz realizowanie obowiązków domowych i rodzinnych przez Dorothy.

Rodziny używają różnych motywacji, aby kierować rozwojem swej tożsamości. Członkowie rodziny wybierają zachowania, które pasują do ich przekonań, co prowadzi do utrwalenia motywów. Rick może na przykład akceptować rodzinne przekonania o wadze sukcesu i ciężkiej pracy, zachowując się w sposób zgodny z tradycyjną męską tożsamością płciową – przyjmowaniem roli żywiciela rodziny i dorosłego, który osiąga materialny sukces.

Z drugiej strony zadanie kształtowania tożsamości rodziny obejmuje również socjalizację poszczególnych osobowości jej członków. Interakcje między członkami pomagają każdemu z nich dotrzeć do własnego „ja”. Wśród interakcji znajdują się rodzicielskie komunikaty wyrażane w zwrotach skierowanych do dzieci, np. „Jesteś taki/taka

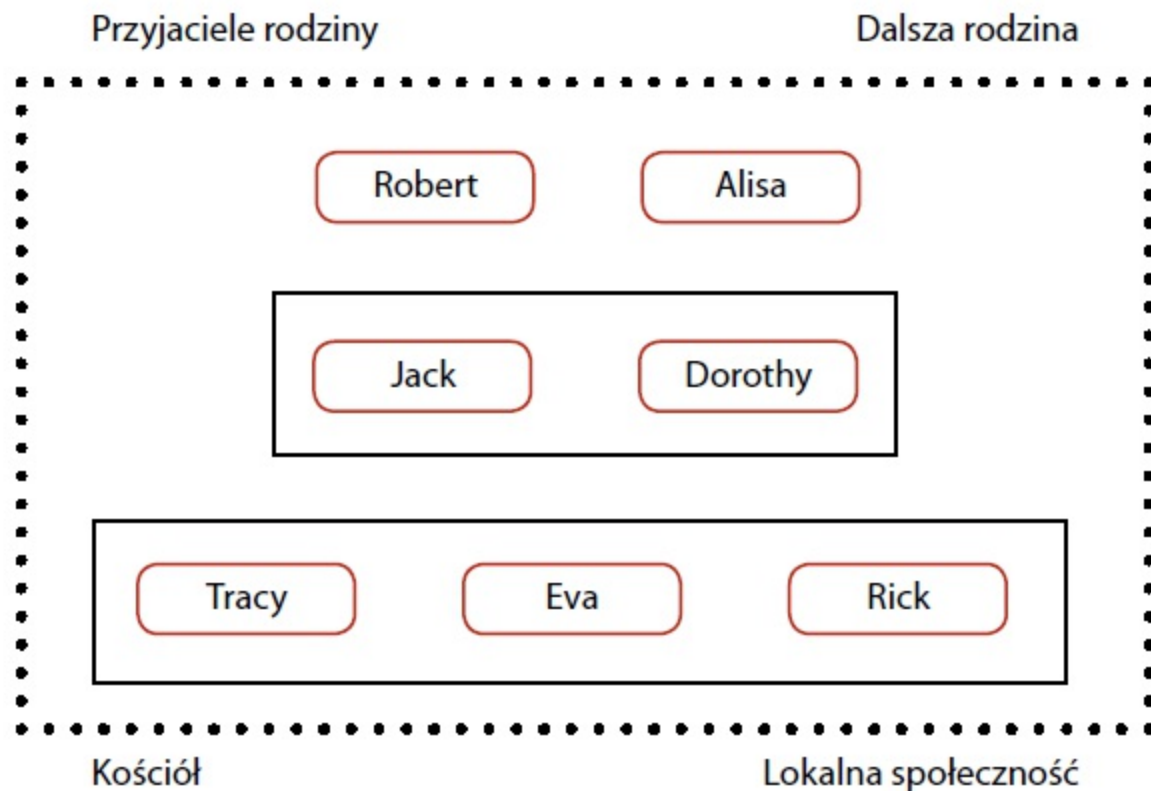
zdolna, uparta” itd. Podobne twierdzenia determinują wybory zachowań członków rodziny, którzy decydują się na zachowania pasujące do rodzinnych przekonań i oczekiwań. Tożsamości kształtują się i utrwalają. Oczekiwania rodziny Smithów wobec dzieci obejmują prawdopodobnie ich usamodzielnienie, toteż dzieci będą się najpewniej zachowywać w sposób autonomiczny. Dodatkowo przypisane im zostaną role wspierające funkcjonowanie rodziny, co wpłynie na ich dojrzałą tożsamość. Eva, trzecie dziecko Smithów, kształtowała swą tożsamość w okresie nauki w liceum. Zrobiła się nieposłuszna i zadziorna. Kumulowała i odgrywała rodzinne frustracje przez własny bunt, co odciągnęło uwagę rodziny od nieobecności ojca. Choć zachowanie Ewy było tylko objawem problemów rodzinnych, wszyscy uważali ją w tym czasie za „trudne” dziecko, a dziewczyna rozwinęła swą tożsamość w atmosferze sprawiania kłopotów.

Zadania ustalania rodzinnych granic

Kolejna kategoria zadań rodzinnych przyczynia się do trwałości rodziny jako całości oraz rozwoju jej poszczególnych członków. Granice rodzinne możemy podzielić na zewnętrzne oraz wewnętrzne. W zależności od tego, z jaką łatwością informacje przedostają się przez te granice, jesteśmy w stanie określić poziom ich szczelności. Granicę sztywną symbolizuje gruba, ciemna linia bez żadnych przerw, podczas gdy przepuszczalną – linia cienka i przerywana, łatwa do przekroczenia. Ustanowienie granic

zewnętrznych decyduje o przynależności do rodziny, tj. kto do niej należy (w tym niebiologiczni krewni), a kto znajduje się poza nią. Takie granice określają również stosunek rodziny do systemów zewnętrznych, w szczególności przepływ informacji między nią a społecznością lokalną, kościołem czy szkołą.

Rysunek 1.4. Granice systemowe w rodzinie Smithów



Jak już wspomniano, rodzina Smithów bardzo rzadko dzieli się prywatnymi informacjami z osobami spoza jej kręgu, co oznacza raczej sztywne granice zewnętrzne. Do pewnego stopnia są one jednak przepuszczalne, patrz rysunek 1.4. Dwoje długoletnich przyjaciół rodziny, Robert

i Alisa, uznawanych jest za „część rodziny”, choć nie są biologicznie spokrewnieni. Kiedy dzieci mieszkały jeszcze z rodzicami, wiedziały, że mama nie ma nic przeciwko niezapowiedzianym wizytom kolegów i koleżanek, nawet na obiad. Kiedy zaś Jack poświęcał się karierze, Dorothy często opierała się na lokalnej społeczności i przyjaciółach, żeby zapewnić małym dzieciom opiekę i rozrywkę.

Rodziny ustanawiają także granice wewnętrzne, budowane wokół poszczególnych jej członków lub podsystemów rodzinnych. Diada małżeńska – Jack i Dorothy Smith – lub podsystem rodzeństwa: Rick, Tracy i Eva, służą za przykłady przedstawione na rysunku 1.4. Granice regulują wewnątrzrodzinny przepływ informacji, co wpływa na poziom prywatności i autonomii, dostępnych dla członków. Przykładowo Dorothy i Jack przyznają dzieciom prawo do posiadania sekretów, a dzieci szanują rodzicielskie prawo do prywatności i intymności w stosunkach małżeńskich.

Utrzymywanie fizycznego otoczenia rodziny

Każda rodzina musi się również zmierzyć z zadaniem zadbania o bezpośrednie otoczenie oraz zaspokojenia potrzeb fizycznych rodziny i jej członków, tak aby podnieść poziom ich zdrowia i dobrego samopoczucia. Strategie wykorzystywane w tym celu przez rodzinę zależą od dostępności zasobów – czasu, pieniędzy i energii. Sposób zaspokajania potrzeb fizycznych określa także postawa rodziny wobec posiadanych zasobów, zwłaszcza u tych członków, którzy sprawują nad nimi kontrolę. W tradycyjnie

zorganizowanej rodzinie Smithów Jack był odpowiedzialny za dostarczanie i kontrolowanie środków finansowych przeznaczanych na mieszkanie i życie. Dorothy natomiast zapewniała czas i energię konieczne do prowadzenia domu i opieki nad małymi dziećmi.

Potrzeby materialne najbardziej efektywnie zaspokajają te rodziny, które charakteryzuje dobra organizacja i elastyczność, gotowość na zmiany oraz kreatywne myślenie. Rodziny ponad miarę zorganizowane w kwestii prowadzenia gospodarstwa nie będą gotowe na eksplorowanie nowych wariantów zaspokojenia potrzeb fizycznych, jak choćby odejścia od tradycyjnych ról, jeśli lepiej przysłuży się to rodzinnym interesom. Z drugiej strony ponadprzeciętnie niezorganizowanym rodzinom może brakować strategii zmierzających do zaspokojenia potrzeb; zdarza się zatem, że w lodówce brakuje jedzenia, a rachunki nie są opłacone na czas. W tak wyjątkowo słabo zorganizowanych rodzinach normalna hierarchia autorytetów i odpowiedzialności bywa odwrócona; dzieci przejmują role dorosłych, troszcząc się i pilnując, by potrzeby materialne rodziny zostały zaspokojone. W rodzinie Smithów zdarzyło się przykładowo, że Jack często wyjeżdżał służbowo, a Dorothy zachorowała. Najstarszy syn, Rick, przejął „rodzicielską” rolę i odpowiedzialność za dwie młodsze siostry. Pilnował, by odrabiały lekcje i na czas kładły się do łóżka. Tymczasowe przejęcie roli rodzica może służyć w rodzinie jako forma adaptacji do chwilowych okoliczności, lecz zasadniczo autorytet rodzicielski pozostaje po stronie rodzica lub

rodziców. Długotrwałe przejmowanie ról rodzicielskich zostanie szczegółowo omówione w kolejnych rozdziałach.

Podtrzymywanie klimatu emocjonalnego rodziny

Dzięki podtrzymywaniu rodzinnego klimatu emocjonalnego rośnie dobrostan jej członków. Budowana jest wzajemna bliskość, konflikty zostają zażegnane, a członkowie rozwijają się w przyjaznym środowisku. Jawnie bądź domyślnie stosowane zasady funkcjonowania rodziny zmieniają się w zależności od tego, jak każda rodzina pielęgnuje bliskość i siebie nawzajem. „Słuszność” lub „niesłuszność” zasad wynika jedynie z tego, w jakim stopniu służą rodzinie w osiągnięciu jedności, wzbogacaniu osobowości i zapewnianiu wsparcia. Smithowie nie wyrażają otwarcie swoich uczuć, ale wiedzą, że się kochają i mogą na siebie liczyć w razie potrzeby. W innych rodzinach troska i bliskość komunikowane są przez jasne okazywanie uczuć, na przykład przytulanie i powtarzanie „kocham cię” przy pożegnaniu czy na dobranoc. Oba rodzaje rodzin są jednakowo żyte i pełne troski, nawet jeśli wyrażają te cechy odmiennie.

Podtrzymywanie klimatu emocjonalnego rodziny oznacza także zarządzanie konfliktem. Każda rodzina posiada własne zasady i strategie reakcji na konflikt. Tam, gdzie przy podejmowaniu decyzji i podziale władzy uczestniczą wszyscy członkowie rodziny, promowane jest poczucie wartości i akceptacji. Udałe podtrzymanie emocjonalnego klimatu rodziny wspierają także takie strategie

rozwiązywania sporów, które nie negują, że konflikty są rzeczą normalną oraz identyfikują prawdziwe obszary konfliktowe, dopuszczają negocjacje i kompromisy. Warto zaakcentować, że żaden członek rodziny nie ma całkowitej kontroli nad całym systemem rodzinnym, ale niektórzy z nich mogą dysponować większym wpływem na funkcjonowanie systemu – w tym na reakcje na konflikt i poziom otwartości na zmiany (Whitchurch i Constantine, 1993). W rodzinie Smithów nikt nie jest pozbawiony prawa lub możliwości wyrażenia opinii na sporny temat. Kiedy dzieci mieszkały w domu, zarówno Dorothy, jak i młodzież prezentowali swoje zdanie na temat pory powrotu do domu czy kieszonkowego. Ojciec i mąż Jack zastrzegł sobie jednak prawo do podejmowania ostatecznych decyzji w tego typu sprawach.

Rozwój rodziny a stres

Strategie i zasady służące realizacji czterech powyższych zadań zmieniają się w czasie i różnią się od siebie w różnych rodzinach. Stres w rodzinie to zjawisko, które wymaga zmian lub reorganizacji systemu, co odzwierciedla rodzinną zdolność do adaptacji (Anderson i Sabatelli, 1993). Wszystkie rodziny doświadczają stresu, przy czym rodziny dobrze funkcjonujące radzą sobie z nim w sposób elastyczny (Isaacson, 1991). U Smithów zmiany rozwojowe wystąpiły wraz z dorastaniem coraz bardziej niezależnych dzieci, które ostatecznie wyfrunęły z rodzinnego gniazda. Czynniki stresogenne wymusiły modyfikacje strategii i zasad stosowanych przez rodzinę do osiągnięcia celów. Rick, Tracy

i Eva po kolei stopniowo przyjmowali na siebie coraz więcej odpowiedzialności za życie rodziny i swoje, a rodzice przyznawali im coraz większą autonomię.

Ogólnie rzecz biorąc, rodziny dążą do zachowania równowagi i stałości wykształconych schematów postępowania, opierając się zmianom. Jednak gdy potrzeba zmian osiąga punkt krytyczny i przeważa nad potrzebą stabilności, wskaźnikiem efektywności rodziny staje się jej reakcja na kryzys. Typowym przykładem zmiany rozwojowej jest kwestia równowagi kontroli rodziców i przyznawania autonomii dorastającym, nastoletnim dzieciom. Jak wspomniano wcześniej, Tracy Smith wyraziła potrzebę większej prywatności. Rodzice i rodzeństwo mieli okazję odpowiedzieć w sposób, który uwzględniał potrzebę zmiany jako funkcję etapu rozwojowego dojrzewającej Tracy, a także zmiany statusu Smithów na rodzinę z dorastającymi dziećmi.

Spojrzenie poza rodzinę

Podobnie do podsystemów zintegrowanych z systemem rodzinnym, także system rodziny mieści się w większym, nadrzędnym systemie kulturowym, zwanym nadsystemem. Jeżeli spojrzymy na rodzinę w kontekście nadsystemu, będziemy mieć możliwość zadania pytań o interakcje rodziny ze środowiskiem zewnętrznym oraz analizy wpływu tychże interakcji na funkcjonowanie rodziny. Łatwiej jest zrozumieć rodzinę znając jej pochodzenie etniczne czy rasowe, drzewo genealogiczne czy społeczność religijną.

System rodzinny od nadsystemu oddziela zewnętrzna

granica. Jeżeli jest ona sztywna, nie pozwala na wiele interakcji z otoczeniem; bardziej przepuszczalne granice pozwalają na większą wolność stosunków między rodziną a osobami z zewnątrz. W czasie szkolnych lat dzieci Jack bardzo angażował się w swoją prawniczą karierę. Dorothy korzystała z zasobów zewnętrznych szukając wsparcia przy wychowaniu dzieci. Uczestniczyła w spotkaniach młodych mam z sąsiedztwa, które dzieliły się opieką nad dziećmi. Dzieci natomiast w czasie dzieciństwa i dorastania regularnie chodziły na kółko biblioteczne czy zajęcia w kościele. Często spędzały niedzielne popołudnia z dziadkami, dzięki czemu Dorothy miała trochę czasu dla siebie, a Jack mógł nadrobić zaległości w kancelarii. Rodzina Smithów otoczona była wówczas zatem całkiem rozszczeloną granicą. Jej członkowie – zwłaszcza Dorothy i dzieci – mieli dostęp do wartościowego wsparcia ze strony nadsystemu sąsiadów, przyjaciół, dalszej rodziny, kościoła i lokalnej społeczności.

Podsumowanie

W ciągu ostatnich dwudziestu lat specjaliści zajmujący się rodziną coraz częściej wybierali perspektywę systemową w pracy z rodzinami. Zainteresowanie podejściem systemowym wiąże się z rosnącą tendencją do rozpracowywania rozwoju i zachowań ludzkich w kontekście: rodziny, społeczności, nadrzędnych wzorców społecznych czy norm kulturowych. Ta orientacja odzwierciedla filozofię głoszącą, że jednostki nie żyją i nie rozwijają się w izolacji od

innych; przeciwnie, wchodzą z nimi w interakcje i podlegają ich wpływom. To samo dotyczy rodziny. Pełne zrozumienie „działania” rodziny dążącej do przetrwania i zapewnienia dobrostanu jej członków możliwe jest jedynie dzięki analizie jej struktury i dynamiki, a także kontekstu, w jakim funkcjonuje.

ALKOHOLIZM

W STANACH ZJEDNOCZONYCH

– perspektywa socjo-historyczna

Każde dziecko żyje i rozwija się w kontekście własnego systemu rodzinnego. Podobnie każda rodzina żyje i zmienia się w kontekście nadsystemu, nadrzędnej sieci wzorców społecznych naszej kultury. Zrozumienie rodzinnej dynamiki może wspomóc pracę z dziećmi z rodzin alkoholowych. W większej skali natomiast zrozumienie takich rodzin ułatwi spojrzenie na wartości, postawy i przekonania towarzyszące spożywaniu i nadużywaniu alkoholu.

Od zarania naszego narodu alkohol odgrywał w kulturze amerykańskiej integralną rolę. Zarówno w przeszłości, jak i współcześnie picie alkoholu stanowi istotny element obchodzenia świąt religijnych, świętowania narodzin, ślubów, wakacyjnego i week-endowego wypoczynku. Alkohol

jest w tych sytuacjach najczęściej postrzegany jako korzystny społecznie czynnik wzmacniający poczucie więzi i wspólnoty. Od początków kultury amerykańskiej uważano go również za zjawisko negatywne. Liczni Amerykanie nadużywali oraz nadużywają alkoholu, co przynosi szkodę jednostkom, rodzinom i społeczeństwu.

Perspektywa socjo-historyczna konsumpcji i nadużywania alkoholu zakłada, że rozbieżności w jego spożyciu i wynikające z nich społeczne problemy powiązane są z innymi cechami charakterystycznymi tego społeczeństwa. Cechy społeczno-kulturowe zawsze wpływają na wzory konsumpcji i nadużywania alkoholu; ponieważ żadne społeczeństwo nie jest niezmiennie, wpływ ten może zmieniać się w czasie i uwidoczniać w różnorodności zwyczajów picia alkoholu.

Socjologowie i antropologowie często badali kwestię spożycia alkoholu z perspektywy historycznej. Badania porównujące zachowania związane z piciem alkoholu w różnych kulturach wykazują, że czynniki kulturowe najsilniej determinują ewentualność wystąpienia alkoholizmu po spożyciu alkoholu (Levin, 1995). Wartości danej kultury i jej postawa wobec nadmiernego picia determinują znaczenie takiego picia w danej kulturze, ponieważ jej członkowie internalizują społeczne wartości i założenia, co wpływa na praktykę picia alkoholu.

Aby zrozumieć, jak piją Amerykanie, musimy zrozumieć relację między cechami charakterystycznymi amerykańskiego społeczeństwa oraz naszymi wzorcami

spożywania alkoholu. Cel niniejszego rozdziału jest dwojaki. Zaprezentowano przegląd tendencji w spożyciu i nadużywaniu alkoholu w Stanach Zjednoczonych od czasów ojców-założycieli. Odnotowano także współtowarzyszące picciu postawy i wartości oraz przeanalizowano ewentualne związki między nimi oraz stopniem użycia i nadużycia alkoholu. Wartość takiej analizy polega na możliwości dalszego wysnuwania wniosków, związanych z przyczyną problemów społecznych spowodowanych przez alkohol, co prowadzi do zapobiegania i kontroli takich zjawisk.

Konsumpcja i nadmierna konsumpcja alkoholu w Ameryce wynika z wielu okoliczności. Liczne czynniki społeczne i indywidualne wpływają na spożycie alkoholu. Przegląd trendów historycznych pozwala wyciągnąć wniosek, iż czynniki środowiskowe determinują poziom spożycia alkoholu w wysokim stopniu (Connors, Tarbox, 1985). Wśród przykładów znajdują się federalne regulacje dotyczące produkcji i sprzedaży alkoholu, a także oddziaływania społeczne, czyli normy kulturowe sankcjonujące lub zabraniające spożycia czy nadużywania alkoholu. Ponadto, na spożycie alkoholu wpływają różnice indywidualne – cechy wewnętrzne i jednostkowe, korelujące z różnorodnymi wzorcami picia alkoholu i jego nadmiernego spożywania. Osobowość, unikatowa konstytucja biochemiczna czy genetyczna, a także historia spożycia alkoholu w rodzinie, wszystkie te elementy oddziałują na wzorzec picia danej jednostki. (Biospołeczna perspektywa nadużywania alkoholu zostanie dokładniej omówiona w rozdziale 8 niniejszej

książki). Warto zauważyć, że ani czynniki środowiskowe, ani cechy wewnętrzne nie przesądzają, jakim wzorcem indywidualnym kierować się będzie jednostka. Środowisko wraz z jednostkowym charakterem razem determinują raczej, do jakiego stopnia powyższe czynniki wpłyną na wzorce picia poszczególnych członków danej kultury.

Historia spożywania i nadużywania alkoholu oraz równoległe czynniki socjologiczne

Konsumpcja alkoholu była i pozostaje integralnym elementem amerykańskiego stylu życia od samych narodzin naszego społeczeństwa. Alkohol przywieźli do Ameryki koloniści, a osadnicy zaadaptowali europejską kulturę picia. O zwyczajach i postawach zachęcających do picia świadczy popularność miejskich barów i saloonów – centrów miasteczkowej polityki, biznesu, handlu i przyjemności. Piwo, wino i mocne alkohole konsumowano tam często i w sporych ilościach (Maisto, Galizio, Connors, 1991). Tam przebiegało życie kolonistów, a dzięki pozytywnemu stosunkowi do alkoholu Amerykanie realizowali swoje fizyczne, społeczne i psychologiczne potrzeby.

W czasach rewolucji amerykańskiej większość Amerykanów spożywała napoje alkoholowe, uważając je za zdrowe i krzepiące. Nawet ultramoralni purytańscy pastorzy uważali alkohol za „dobry Boski podarek”. Pijaństwo potępiano, przy czym winnym okazywał się grzesznik, a nie

alkohol (Ray, Ksir, 1996).

Niedługo po rewolucji zmieniło się jednak podejście do alkoholu, który został przyczyną poważnych problemów. Także w dzisiejszej amerykańskiej kulturze pozostała spuścizna ówczesnych czasów: alkohol postrzega się jako źródło zła, szkodzące wszędzie, gdzie się pojawi. Na przełomie XVIII i XIX wieku w społeczeństwie zrodził się ruch abstynencki, zakładający, że ludzie nie powinni w ogóle pić mocnego alkoholu, a wino i piwo jedynie w umiarkowanych ilościach. Obywatele składali w tej intencji uroczyste obietnice.

Koniec XIX wieku to czas początku zmian we wzorcach picia Amerykanów, a także w społecznym postrzeganiu postaw i wartości związanych z piciem i nadużywaniem alkoholu. Wzrosło jego spożycie na osobę, w społeczeństwie dokonywała się urbanizacja i industrializacja, co bardziej uwidocznilo negatywne skutki pijaństwa. Wraz z pojawieniem się lodówek i konserw zwiększyła się liczba browarów. Fala imigrantów europejskich przybywających wówczas do Stanów podtrzymywała wzrost spożycia piwa, powszechnie kojarzono ich również z pijackim zachowaniem. Im więcej spożywano wódki, tym bardziej picie zakłócało funkcjonowanie społeczeństwa. Co za tym idzie, spadła społeczna tolerancja dla konsumpcji alkoholu, którą zaczęto otwarcie krytykować.

Na przełomie wieków sprzeciw wobec picia przybrał na sile, a zwolennicy abstynencji nawoływali do powstrzymywania picia alkoholu w każdej postaci.

Argumenty polityczne i zdrowotne łączono z protestanckimi (ewangelicznymi) postulatami klasy średniej; „dobre, uczciwe życie” uniemożliwiały grupy etniczne o niższych standardach moralności. Salony i bary stały się głównym celem działań ruchu abstynenckiego – obwiniano je za takie społeczne patologie, jak złodziejstwo, prostytutka, hazard i korupcja polityczna. Narastała presja, aby całkowicie zakazać sprzedaży alkoholu. „Kapitanowie przemysłu” późnego XIX wieku – m.in. Rockefeller, Carnegie i Ford – stali na czele zwolenników całkowitej prohibicji, uważali bowiem, że niepijący pracownik to lepszy pracownik (Maisto i in., 1991). U progu I wojny światowej ruch antyalkoholowy uzyskał znaczne wsparcie finansowe, społeczne i polityczne. Poszczególne stany wprowadzały prohibicję już od 1850 roku, całkowicie zakazując wszelkiej sprzedaży napojów alkoholowych. Do 1917 roku 64% populacji mieszkało na „trzeźwym” terytorium, a dwa lata później uchwalono prawo powszechnej prohibicji (Ray, Ksir, 1996).

Nigdy jednak wymuszona abstynencja nie cieszyła się w Stanach Zjednoczonych takim poparciem, jak w niektórych krajach muzułmańskich. Nie uwolniła również społeczeństwa od alkoholu, obywatele pili bowiem legalnie, spożywając zawierające alkohol leki – toniki i stymulanty. Nielegalnie natomiast można było pić w prywatnych klubach i spelunkach. Okazało się, że niełatwo będzie narzucić prohibicję licznej, łamiącej prawo grupie. W rzeczywistości na prohibicji najbardziej skorzystały, nie tylko finansowo, nielegalne organizacje przestępcze działające coraz

sprawniej. Alkohol stał się „zakazanym owocem” dodającym uroku gangsterom i przemytnikom. Opinia publiczna niepokoiła się, że rozpowszechniona pogarda wobec praw prohibicji tworzy poczucie bezradności prawa oraz osłabia szacunek do prawa i porządku publicznego.

Choć prohibicja nie wyeliminowała picia alkoholu całkowicie, zdaje się, że zmniejszyła jej ogólny poziom. Spadła liczba przyjęć do szpitali spowodowanych alkoholizmem, a także zgonów związanych z alkoholem. Prawne ograniczenie sprzedaży alkoholu zmniejszyło jego dostępność i spożycie, co stanowi zaletę prohibicji. Za wadę natomiast uznać możemy aktywizację przestępczości zorganizowanej, a także wysokie koszty jej zwalczania. W 1933 roku prohibicję oficjalnie zniesiono; raczej ze względu na praktyczne aspekty gospodarcze i prawne niż jakąś znaczącą zmianę w postawach i przekonaniach dotyczących spożycia alkoholu (Ray, Ksir, 1996).

W kolejnych latach każdy stan wprowadził własne regulacje dotyczące sprzedaży i spożycia alkoholu. Większość z nich zezwalała przynajmniej na sprzedaż piwa, odwołując się do myślenia sprzed prohibicji – piwo było bezpieczniejsze niż mocne alkohole. Sprzedaż i konsumpcja alkoholu raptownie wzrosły w latach 1935–1945, kiedy to w przeliczeniu na osobę wróciły do poziomu sprzed prohibicji.

Po raz kolejny poziom spożycia alkoholu wzrastał stopniowo w latach 70. XX wieku. Wiele stanów obniżyło wówczas granicę legalnego spożycia alkoholu z 21 do 18 lub

19 lat. Zmiana związana była najprawdopodobniej z zaangażowaniem Stanów Zjednoczonych w wojnę w Wietnamie oraz stanowiskiem, że „jeżeli nasi chłopcy są na tyle dorośli, by walczyć za nasz kraj, są też dość dorośli, by pić”. Znowu stopniowo zaczęło rosnać spożycie alkoholu w przeliczeniu na jedną osobę. Zaniepokojenie związane z liczbą młodych ludzi umierających w wypadkach spowodowanych przez alkohol doprowadziło do tego, że Kongres upoważnił Ministerstwo Transportu do wycofania funduszy federalnych ze stanów pozwalających na picie osobom młodszym niż 21 lat. W rezultacie w 1988 roku już we wszystkich stanach legalną granicę wieku stanowiło ukończenie 21 lat.

Początek lat 80. przyniósł odwrotną tendencję. Coraz większy nacisk na zdrowie oraz kultura fitness i zdrowego odżywiania wywołały zmiany w postawach społecznych wobec picia i zwiększyły świadomość jego negatywnych konsekwencji. Co więcej, ściślejsza kontrola federalna ograniczyła możliwości spożywania alkoholu i doprowadziła do niewielkiego spadku ilości spożywanych, w przeliczeniu na osobę (Maisto i in., 1991).

Spożywanie i nadużywanie alkoholu we współczesnej kulturze amerykańskiej – kto pije i dlaczego?

Od czasu zniesienia prohibicji w większości amerykańskich subkultur picie stało się rzeczą normalną.

Większość Amerykanów pije według badań co najmniej raz w roku (natomiast 10% populacji odpowiedzialne jest za połowę całościowego spożycia rocznego).

Czynniki socjologiczne, takie jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania i status społeczno-ekonomiczny okazują się dogłębnie powiązane z praktyką picia alkoholu. Amerykanie pijący najwięcej to raczej mężczyźni – w każdym wieku – niż kobiety, a także raczej osoby młodsze niż w średnim wieku lub starsze. Do picia skłonni bardziej są również mieszkańcy miast niż wsi, niewierzący niż wierzący, single niż małżonkowie. Osoby lepiej wykształcone i lepiej sytuowane piją częściej niż słabiej wykształcone i biedniejsze. Natomiast członkowie naszej kultury, którzy najczęściej popadają w alkoholizm i nadużywają alkoholu, to mężczyźni w wieku od 45 do 49 lat z klasy robotniczej; absolwenci szkoły średniej, lecz nie uczelni wyższych, mieszkańcy dużych miast i kobiety oraz mężczyźni niezwiązani z żadną religią.

Profile socjologiczne osób nadużywających alkoholu w naszym społeczeństwie zaprezentowane powyżej oparto na statystycznych uogólnieniach (Levin, 1995). Należy zauważyć, że uzależnienie od alkoholu dotyka wszystkich grup społecznych. Możliwe, że grupy, w których stwierdzono niski odsetek alkoholików, nie doszacowują ich liczby, mają bowiem środki pozwalające na tuszowanie konsekwencji zachowań osób nadmiernie pijących alkohol. W dodatku coraz więcej Amerykanów dołącza do coraz liczniejszej klasy średniej, zacierają się różnice regionalne i zanikają tradycyjne role płciowe. Cechy takie jak płeć, miejsce

zamieszkania czy status społeczno-ekonomiczny nie stanowią już rzetelnych wskaźników w kwestii spożycia czy nadużycia alkoholu. Choć ogólne spożycie alkoholu utrzymuje się generalnie na stałym poziomie, ostatnie badania wskazują, że picie alkoholu przez kobiety i mężczyzn po dwudziestce oraz kobiet w wieku od 35 do 40 lat rośnie (Levin, 1995).

Dlaczego Amerykanie piją?

Amerykanie wykorzystują alkohol do różnych celów i na rozmaite sposoby (Levin, 1995). Niektórzy piją, aby się rozluźnić, swobodniej czuć się w towarzystwie, bądź też upić się bez oglądania się na innych (Levin, 1995). Niezależnie od tego, czy taki akt spożywania alkoholu ma miejsce samotnie, czy w grupie, ma na celu indywidualną gratyfikację oraz osobiste cele, toteż możemy go określić piciem instrumentalnym bądź utylitarnym.

Dla wielu osób alkohol niesie wartość symboliczną. Może stanowić źródło władzy – tak, jak sugeruje większość reklam nagminnie przedstawiających spożycie alkoholu jako element stylu życia osób zamożnych i elitarnych. Dla jeszcze innych alkohol ważny jest w wymiarze religijnym, jako że symbolizuje łączność z bóstwem.

Spożycie alkoholu służyć może również integracji społecznej. Wspólne picie odbywa się w towarzystwie wznoszącym wzajemne toasty na imprezach i przyjęciach. W naszej kulturze picie integracyjne uważa się za środek wzmocnienia poczucia identyfikacji i więzi z grupą, stąd też jego społeczne usankcjonowanie.

Dlaczego Amerykanie mają „problemy z alkoholem”?

Nie istnieje uniwersalna i międzykulturowa, a także absolutna linia rozgraniczająca spożycie i nadużycie alkoholu. Każde społeczeństwo ustanawia dla swoich członków normy sankcjonujące lub zabraniające określonych zachowań związanych z piciem. Granica między piciem akceptowanym a problematycznym tworzy się zatem w każdej kulturze zgodnie z jej wyjątkowymi wartościami i postawami wobec konsumpcji alkoholu. Tacy członkowie kultury, którzy nie pasują do jej norm względem akceptowalnego spożycia alkoholu, uznawani są za osoby z problemem alkoholowym lub alkoholików. Aby doprowadzić naszą socjo-historyczną analizę spożywania i nadużywania alkoholu w amerykańskiej kulturze do dzisiejszych czasów, przyjrzyjmy się współczesnym normom towarzyszącym naszemu picciu alkoholu. Ważnym jest również, by rozważyć czynniki, które mogą wpływać na członków naszej kultury i skłaniać ich do odejścia od norm społecznych.

Normy towarzyszące spożywaniu alkoholu

Jasne i konsekwentnie przestrzegane normy stanowią formę wsparcia i kontroli społecznej. Wśród pierwszych wzajemnie od siebie zależnych społeczności Stanów Zjednoczonych każdy musiał sam odpowiadać za swoje zachowanie i utrzymywać się z własnej pracy. Picie podlegało zaś skutecznej kontroli ustrukturyzowanych

systemów społecznych, wyznaczających prawa i obowiązki (Ray, Ksir, 1996). Do dnia dzisiejszego niższe spożycie alkoholu wydaje się korelować z takimi początkami picia, które mają miejsce w ściśle kontrolowanych warunkach, gdzie umiarkowanie stanowi normę. Przykładowo, niewielu abstynentów, ale również alkoholików znaleźć można wśród amerykańskich Żydów. W ich kulturze pierwsze kontakty z alkoholem mają miejsce zazwyczaj w gronie rodziny (co jest przykładem picia integracyjnego), przy specjalnych okazjach (gdy spożycie alkoholu wiąże się z symboliką religijną).

Ambiwalentne postawy społeczeństwa wobec konsumpcji alkoholu

W naszej współczesnej kulturze brak jednak jasnych i konsekwentnych norm związanych z akceptowalnymi schematami spożycia alkoholu. Tak jak i w wielu innych społeczeństwach zachodnich, Ameryka doświadcza gwałtownych społecznych zmian, a wytyczne dotyczące czynienia właściwego użytku z alkoholu rozmywają się. Członkowie naszej kultury otrzymują sprzeczne komunikaty w uznaniu, co jest piciem, a co już nadużyciem alkoholu; można zatem stwierdzić, że kultura ambiwalentnie traktuje jego konsumpcję, co zmniejsza siłę oddziaływania zasady umiarkowania w jego picie.

Z prawnego punktu widzenia ambiwalencję odzwierciedla różnorodność praw wykorzystywanych przez poszczególne stany do regulacji sprzedaży i spożycia

alkoholu. Nawet w granicach stanu poszczególne hrabstwa albo zezwalają, albo zabraniają sprzedaży napojów alkoholowych. Co więcej, całą kulturę charakteryzuje ambiwalentny stosunek do alkoholu. Jesteśmy świadomi, że jego spożycie może przynieść szkody, toteż próbowaliśmy nawet wprowadzić prawną prohibicję. Z drugiej strony wspomagamy kwitnący przemysł alkoholowy, a napoje reklamujemy w kuszący, efektowny sposób (Poley, Lea, Vibe, 1979). Choć istnieją grupy nawołujące do zakazu reklamowania piwa i wina w radiu i telewizji, inni twierdzą, że taki zakaz naruszałby prawo Amerykanów do wolności słowa (Ray, Ksir, 1996). Opinię publiczną także cechuje ambiwalencja, skonkretyzowana w znanym powiedzeniu: „Każdy lubi się napić, nikt nie lubi pijanych” (Maisto i in., 1991). Czyż każdy z nas nie był kiedyś świadkiem odpuśczenia lub przynajmniej usprawiedliwiania zachowań uznawanych powszechnie za nie do przyjęcia, tylko dlatego, że ta osoba „wypiła o jednego drinka za dużo”?

Dwuznaczny stosunek do alkoholu uwidocznia się także w modelach wykorzystywanych przez członków społeczeństwa, aby skonceptualizować i zrozumieć nadużywanie alkoholu przez Amerykanów. Wczesne podejście moralizatorskie zakładało, że upijanie się wynika ze skazy charakteru, braku moralności i siły woli u danej jednostki. Wiele osób nadal wykorzystuje zręby tego moralizatorskiego podejścia reagując na nadużycia alkoholowe. Ci, którzy uważają nadużycie za słabość moralną w walce z alkoholizmem, wykorzystują środki prawne i karne

oraz zwrot w stronę religii. Istota wyższa ma służyć jako pomoc i wsparcie (Poley i in., 1979).

Natomiast wielu członków współczesnego społeczeństwa amerykańskiego uważa alkoholizm za proces chorobowy, gdyż niszczy on zdrowie fizyczne i psychiczne oraz narusza jedność rodziny. Traktowanie nadużywania alkoholu jak w pełni zidentyfikowanego procesu fizycznego przesuwają nacisk z moralności na aspekt medyczny picia. Społeczeństwo mierzące się z problemami spowodowanymi przez alkohol zamiast podejścia moralizatorskiego czy represyjnego proponuje leczenie. W badaniu przeprowadzonym pod koniec lat 80. Gallup wykazał, że ponad 90% Amerykanów uważa uzależnienie od alkoholu za chorobę. Taki pogląd został również powszechnie przyjęty przez specjalistów ds. leczenia alkoholizmu oraz stowarzyszeń Anonimowych Alkoholików.

Warto zastanowić się nad tym, jak medyczny czy chorobowy model alkoholizmu odzwierciedla nastawienie społeczeństwa do użycia czy nadużycia alkoholu. Nasuwa się tu filozoficzne pytanie: Czy, jeśli przyjmiemy, że osoby z problemem alkoholowym cierpią z powodu choroby, zwalnia ich to z odpowiedzialności za swoje zachowanie? Osoby sprzyjające takiej tezie odpowiedzą, że zachowanie związane z nadużyciem alkoholu powodowane jest przez chorobę, a zatem nie powinno być karane. Z drugiej strony, zwolennicy moralizatorskiego podejścia obstają przy zdaniu, że nadużywanie alkoholu to zachowanie wyuczone oraz dobrowolne. Można się go „oduczyć”, zwłaszcza gdy

motywację alkoholika do leczenia stanowią negatywne konsekwencje jego picia, w tym prawne (Maisto i in., 1991, Poley i in., 1979).

Jasnym jest, że normy społeczne w sporym stopniu wpływają na kontrolę zachowań grupowych i indywidualnych w naszej kulturze. Najsilniejszy wpływ wywierają wtedy, gdy są przejrzyste i konsekwentnie informują, jakie zachowania należą do dopuszczalnych, a jakie nie. Ambiwalentne poglądy na spożywanie alkoholu występujące w naszym społeczeństwie przyczyniają się do nadużywania alkoholu w tym sensie, że normy dwuznaczne podobne są normom permissywnym. W rezultacie częstość występowania problematycznego picia czy alkoholizmu wzrasta.

Co za tym idzie, zinternalizowane normy społeczne i mechanizmy kontroli kulturowej ograniczające nadużywanie alkoholu przez członków naszej kultury mogą się wobec silniejszych wpływów załamać. Elementy środowiska socjokulturowego mogą przyczynić się do odchodzenia od norm usankcjonowanych zachowań związanych z pićm.

Jakie elementy kultury amerykańskiej wystawiają członków społeczeństwa na podwyższone ryzyko nadużywania alkoholu? Nasza kultura zbudowana została na założeniu indywidualistycznego podejścia do osiągnięć i sukcesów. Jest to perspektywa rodem z filozofii granic cywilizacji i Dzikiego Zachodu: musisz wyruszyć, postawić sobie cel, osiągnąć go dzięki cnotom, determinacji i ciężkiej pracy. Współczesna wersja takiego podejścia głosi, iż każda

jednostka, która wystarczająco pragnie sukcesu i ciężko pracuje, zdoła go osiągnąć. Sukces jest w naszej kulturze mierzony najczęściej zgodnie z kryterium bogactwa, dóbr materialnych, prestiżu czy statusu.

Perspektywa indywidualistyczna nakłada ogromną presję na członków naszej kultury. Każdy musi „stać się kimś lub czymś”, nawet kosztem własnego dobrostanu fizycznego czy psychologicznego. Presja rodzi niepokój; socjologowie wskazują, iż im wyższy poziom niepokoju i napięcia w społeczeństwie, tym więcej osób ma problemy z piciem, gdyż traktują alkohol jako środek odprężający psychicznie. Nasze społeczeństwo ceni sobie konsumpcjonizm, natychmiastową gratyfikację oraz bezbolesne, przyjemne życie (Talashek, Geraca, Starr, 1994). Z łatwością przyzwalamy sobie na „wypicie drinka dla relaksu” po długim dniu, a w trakcie weekendu – aby odstresować się po wyjątkowo trudnym tygodniu – na kilka drinków. Podobne postawy mogą predysponować członków amerykańskiej kultury do niekontrolowanego picia i alkoholizmu. Występuje zatem związek między wzorcami ostrego picia oraz wysokim poziomem niepokoju doświadczanego przez wielu uczestników w naszej szybkiej, stresującej kulturze. W zasadzie wszystkie wskaźniki stresu, a za takie w naszej kulturze uznaje się bankructwa, rozwody, aborcje, katastrofy, bezrobocie i nieukończenie szkoły – w znaczącym stopniu okazują się powiązane ze zwyczajami rządzącymi ostrym piciem oraz aresztowaniami osób pod wpływem alkoholu (Ray, Ksir, 1996).

Spora różnica między celami i ideałami danej kultury oraz faktyczną umiejętnością ich realizowania wśród jej członków może przyczyniać się do alkoholizmu (Poley i in., 1979). Indywidualistyczne podejście do osiągnięć i sukcesu nie bierze pod uwagę ograniczeń integralnej części naszej kultury, które stają na drodze „amerykańskiego snu” wielu jednostek. Bariery społeczno-kulturowe również pozbawiają wielu Amerykanów szans i zasobów potrzebnych, by realizować wspomniane cele i ideały. Mowa tu o dyskryminacji ze względu na rasę, płeć, klasę społeczną czy orientację seksualną. Tam, gdzie ludzie nie są w stanie sprostać wzorcom narodowego uznania, rodzi się frustracja, niepokój oraz poczucie winy. Wynikająca z nich depresja może prowadzić do dewaluacji własnej kultury, a co za tym idzie – jej norm. Cóż z tego, że ostre picie bywa potępiane? Dostępu do innych źródeł przyjemności i satysfakcji niż tanie alkohole brak. Nadużywanie alkoholu staje się pasywnym sposobem ekspresji frustracji, a nawet wściekłości, a także metodą samoleczenia (Levin, 1995). Mówimy wówczas o picciu dla osiągnięcia ulgi lub picciu eskapistycznym; osoby żyjące w skrajnej biedzie używają alkoholu, by uciec od poczucia bezsilności i przegranej.

Podsumowanie

Konsumpcja alkoholu pozostaje ważnym elementem naszej kultury, można ją być może nawet uznać za część tożsamości narodowej. Picie alkoholu stało się pośrednio lub bezpośrednio rzeczą zwyczajną zarówno dla dzieci, jak

i dorosłych. Praktycznie każdy nastolatek czy osoba dorosła w Stanach Zjednoczonych ma w dzisiejszych czasach dostęp do alkoholu. Opinia publiczna wychodzi z założenia, że ze względu na rozpowszechnienie alkoholu w obytych z nim społeczeństwie możemy traktować jego konsumpcję beztrąsko (Poley i in., 1979). Odpowiedzialne korzystanie z korzyści, jakie przynosi alkohol (np. ciekawy smak i efekty psychologiczne) uważa się za jedno z zadań wyzwolonego społeczeństwa. Spożycie i nadużywanie alkoholu stanowi jednak problem społeczny, oddziałuje bowiem na znaczącą liczbę osób w wymiarze niepożądanym przez ogół społeczeństwa.

Lata 80. XX wieku przyniosły wzrost zaniepokojenia konsumpcją alkoholu; trend ten zdecydowanie utrzymuje się nadal (Maisto i in., 1991). Zauważono wyraźną zbieżność: im większe spożycie alkoholu na osobę, tym poważniejsze problemy związane z uzależnieniami, przestępczością oraz wypadkami wynikającymi z tego spożycia. Koszty społeczno-ekonomiczne narosłe wskutek nadużywania alkoholu oraz alkoholizmu wynoszą od 43 do 60 miliardów dolarów, w co wlicza się koszty przestoju produkcji, opieki zdrowotnej, wypadków motoryzacyjnych, pożarów oraz przestępstw. To więcej niż całkowite szacowane koszty chorób nowotworowych i układu oddechowego, a także schorzeń endokrynologicznych, metabolicznych i o podłożu żywieniowym (Maisto, Galizio, Carey, 1985). Rzecz jasna powyższe liczby nie uwzględniają kwot trudniejszych do oszacowania: kosztów cierpienia ludzkiego wynikającego

z alkoholizmu.

Wiele możemy jako kraj zyskać na lepszym zrozumieniu procesów konsumpcji alkoholu i jego nadużywania. Wspólna świadomość społeczna i zrozumienie dynamiki alkoholizmu mogą stać się podstawą tak polityki, jak i działań praktycznych. Profesjonaliści w omawianej dziedzinie muszą w międzyczasie skoncentrować się na rozpoznawaniu i pomaganiu dzieciom, które codziennie płacą za takie picie wysoką cenę – cierpią, żyjąc w rodzinach alkoholowych.

ŻYĆ I PRZEŻYĆ W DOMU Z ALKOHOLEM

PRZYPADEK 3.1

Nasz mały drewniany domek pochłaniały płomienie. Miałem pięć lat. Pamiętam, jak sparaliżowany strachem stałem i patrzyłem na ogromne, ryczące płomienie. Razem z młodszą siostrą trzęśliśmy się ze strachu, gdy sąsiedzi w panice usiłowali ratować z szalejącego piekła domowe wyposażenie. Ktoś powiedział, że wybuchła kuchenka gazowa. Kilka minut wcześniej byłem świadkiem płomieni strzelających po ścianach kuchni coraz wyżej i wyżej; matka desperacko próbowała je ugasić i ostro wołała, żebym przyniósł piasku. Pożar wymknął się jednak spod kontroli i trwał, póki budynek nie spalił się do cna. W wielu aspektach symbolizował całe moje dzieciństwo. Nieprzewidywalność, wściekłość i chaos płonącego domu stanowiły preludium następnych pięciu lat, kiedy mój ojciec coraz bardziej

pogrązał się w alkoholizm.

Ojciec był człowiekiem pracowitym i zmyślnym. Udało mu się sfinansować odbudowę domu na tej samej działce w ciągu dwóch lat. Wspaniałe wspomnienia związane ze starym domem splotęły jednak tak samo, jak nasze rzeczy osobiste. Tata zaczął pić, początkowo poza domem. Potem chował butelki piwa i wódki w różnych swoich skrytkach, aż wreszcie pił otwarcie przy nas, mimo gorzkich protestów matki. Nie wracał też na noc do domu, wybierając pijaństwo.

W soboty i niedziele czekaliśmy z siostrą przed kinem, a wokół nas przygasały światła, pustoszały chodniki i ulice. Mimo przejęcia, które jako dziesięcioletni chłopiec odczuwałem widząc na wielkim ekranie Jamesa Deana i Marilyn Monroe, moje najgorsze obawy stawały się prawdą. Tata po raz kolejny zapomniał o nas. Musieliśmy trzy mile wracać sami w ciemnościach, czasem odwoziła nas policja. Wolałem iść, bo bałem się i wstydziłem jazdy radiowozem. Zawsze miałem poczucie, jakbym zrobił coś złego. Nie chciałem też, by sąsiedzi czy przyjaciele zobaczyli, jak policjanci podjeżdżają pod dom. Takie noce powtarzały się wielokrotnie, co zmusiło mnie do przyjęcia roli opiekuna młodszej siostry. Bywało, że płakała, a ja musiałem wstrzymywać własne łzy i przekonywać ją, że mam wszystko pod kontrolą. Bałem się i złościłem na zimne, ciemne i puste ulice. Poczucie osamotnienia wyrażałem przez gniew, maskujący głębsze przekonanie o krzywdzie i odrzuceniu.

Przekonywaliśmy się nawzajem, że następna sobota będzie inna, bo pojedziemy do miasta zrobić jak zawsze

zakupy. Zanim jednak zdążyliśmy poprzymierzać rzeczy w sklepach czy wybrać potrzebne produkty, tata już się zataczał i bełkotał. Tak bardzo wstydziłem się spojrzeń sprzedawczyń i innych kupujących, że chciałem zapaść się pod ziemię. W restauracjach ojciec zawstydział nas głośnym, bezczelnym zachowaniem. Obrażał kelnerów, przewracał szklanki i brudził płaszcz ryżem w potrawce. Zażenowany takim zachowaniem bałem się, że z jego powodu nikt mnie nie polubi. Wydawać by się mogło, że butelka jest dla niego ważniejsza od własnej rodziny. Moje poczucie wartości spadało na łeb na szyję. Doszedłem do wniosku, że skoro ojciec nie pamiętał, że ma mnie odebrać z kina, nie jestem najprawdopodobniej nikim ważnym. Stałem się nieśmiały i wycofany, a czułem się bardzo samotny. Wszystkie uczucia gromadziłem w sobie, nigdy nikomu nic nie mówiąc o swych uczuciach.

Małżeństwo moich rodziców układało się coraz gorzej. Kłócili się zażarcie, dochodziło też do agresywnych rękoczynów. Stałem wtedy w centrum rodziny, która wymknęła się spod kontroli. Dążąc do stabilizacji, pełniłem rolę sędziego w kłótniach trwających godzinami. Miałem tylko nadzieję – i modliłem się – że nie zabiją się nawzajem, ani nie zranią. Dom był prawdziwym arsenalem; noże kuchenne, naczynia, patelnie, bibeloty, lustra i obrazy, szczotki do włosów, a nawet meble fruwały po pokojach, ciskane, chwywane, rzuwane i popychane podczas cotygodniowych awantur. Przyzwyczałem się, że muszę stać między groźną pięścią płonącego gniewem ojca a uniesionym ramieniem

matki. Próbowałem ukrywać rodzinne kłótnie przed sąsiadami – zamykałem drzwi i okna, zaciągałem zasłony. Kruche figurki i inne łatwo tłukące się przedmioty usuwałem z zasięgu rąk, a obrazki ze ścian zdejmowałem, żeby nie stały się ofiarą wojny domowej.

Co tydzień po kłótniach rozpoczynałem nowy rytuał: zmiatanie szkła, plastiku i potłuczonych naczyń. W świecie, którego nie rozumieliśmy, musieliśmy wraz z siostrą przetrwać, jak tylko potrafiliśmy najlepiej. Dom stał się polem bitwy, a my – jeńcami. Pełniłem też rolę dyrektora całego cyrku; jako ochroniarz, mediator, sędzia i rodzinny bohater rządziłem sceną. Nie byłem w stanie powstrzymać przemocy, ale kontrolowałem scenariusz wydarzeń tak, by nie widzieli nas sąsiedzi i by nikt nie trafił do szpitala czy więzienia. Żaden dziesięciolatek sam by nie wybrał takiej roli; ja zrobiłem to z przymusu i konieczności, bo chciałem przetrwać.

Także w dorosłym życiu pozostałem dyrektorem cyrku, choć nie mieszkałem już w rodzinnym chaosie. Po wielu latach obserwacji rodziców, którzy tracili nad sobą kontrolę, zacząłem nerwowo unikać wszelkich sytuacji utraty kontroli także przez innych. Bardzo wcześnie nauczyłem się stale rozdawać karty. Potrzeba kontrolowania wszystkiego i wszystkich stała się moją obsesją. Albo było po mojemu, albo wcale. Jednak umiejętności przetrwania, które ocaliły mnie jako dziecko, nie przydawały się już dorosłemu. Sprawiały mi wiele problemów w relacjach interpersonalnych w pracy, w domu i towarzystwie. Rolę dyrektora cyrku

przeniosłem do firmy; popadłem w pracoholizm. Praca, która zapewniała mi poczucie wartości, stała się moim życiem. Przez lata ciężkiej pracy nad sobą w grupach Al-Anon i DDA udało mi się zyskać wgląd we własne uczucia i poglądy. Zdałem sobie sprawę, że nie muszę iść dalej niszczącą mnie drogą alkoholowego dzieciństwa. Wykorzystując doświadczenia z przeszłości jako pole do transformacji i wyciągnięcia wniosków, zacząłem zmieniać swoje życie w pozytywny, konstruktywny sposób. A jako leczone się dziecko alkoholika odkryłem – poprzez intensywną introspekcję i wielki wysiłek – że życie może nieść całkiem sporo radości i dać satysfakcję.

Bryan Robinson

Wielu polityków, pisarzy, artystów i kabareciarzy (jak Bill Clinton, Carol Burnett, Jonathan Winters, Chuck Norris i Suzanne Somers) jest dziećmi z rodzin alkoholowych. Dorosłe dzieci z rodzin alkoholowych (DDA) odkrywają, że powtarzają te same destrukcyjne wzorce zachowań, które towarzyszyły im w dzieciństwie. Około 40 do 50% z nich także zostaje alkoholikami. Inni nabawiają się zaburzeń odżywiania lub cierpią na pracoholizm, tak jak Bryan. Jednym z powodów takiej sytuacji jest fakt, że nie wiedzą, jak powinna wyglądać zdrowa rodzina. Nie znają normalności. Ze względu na nieszczęśliwe dzieciństwo tworzą nierealne oczekiwania względem funkcjonowania rodziny. Wydaje im się, że życie będzie wyglądać jak bajka, a gdy to marzenie się nie spełnia, czują gorycz porażki.

Dziecięce wizje Bryana dotyczące idealnej rodziny pochodziły z seriali telewizyjnych, takich jak „Leave It to Beaver” czy „Father Knows Best”. Marzył o pięknym domu w cichej, obsadzonej drzewami alejce, podobnym do tego rodziny Cleaversów czy Andersonów. Spokoju i ciszy nie naruszały krzyki, wszyscy też uśmiechali się zamiast krzywić. Żyli zatem długo i szczęśliwie... Nie trzeba chyba wspominać, że nierealistyczne oczekiwania są w dorosłym życiu źródłem kłopotów dla każdego, kto pragnie rodziny idealnej.

Historia Bryana udowadnia, że nie tylko pijący rodzic cierpi z powodu alkoholizmu. Dzieci to niewinne i niewidoczne ofiary, a ich stan pogarsza się powoli i metodycznie każdego dnia spędzanego w uzależnionej rodzinie. Im dłużej trwa choroba, tym mocniejszy jej nacisk na ofiarę i tym trudniejszy, i bardziej czasochłonny, proces terapeutyczny. Przez całe lata wysiłek terapeutów koncentrował się wyłącznie na rodzicu uzależnionym oraz małżonku. Obecnie natomiast profesjonaliści uznają, że cały system rodzinny dotknięty jest chorobą, a wszyscy członkowie rodziny potrzebują terapii. Dzieci rodziców uzależnionych pozostają natomiast najbardziej zaniedbywanymi członkami rodziny, gdy chodzi o diagnozę oraz leczenie.

Współuzależnienie charakterystyczne dla rodzin alkoholowych zakłóca wysiłki dziecka zmierzającego do usamodzielnienia się od rodziców i osiągnięcia dojrzałości oraz indywidualnego charakteru. Im szybciej profesjonalni

opiekunowie rozpoznają problem oraz zainterweniują, tym łatwiej usunąć negatywne konsekwencje tej sytuacji. Aby interwencja była skuteczna, terapeuci muszą w pełni zrozumieć aspekt rodzinny problemu alkoholizmu.

Alkoholizm jako choroba rodziny

Alkoholizm jest chorobą, która na każdego członka rodziny wpływa w niszczący sposób. Potraktowanie jednostki rodzinnej jako systemu ułatwia wyjaśnienie koncepcji uzależnienia jako choroby rodzinnej. Przyjmijmy, że chcemy dowiedzieć się, jak działa system sercowo-naczyniowy (Flake-Hobson, Robinson, Skeen, 1983). Moglibyśmy udać się do laboratorium medycznego i zlokalizować w ciele serce oraz naczynia krwionośne, a następnie ostrożnie dokonać sekcji i badań. W ten sposób nauczylibyśmy się podstaw struktury systemu krwionośnego, odkrywając, że serce ma cztery komory i określoną liczbę zastawek. Nie wiedzielibyśmy jednak nadal, jak te komory i zastawki funkcjonują, gdyż nie widzieliśmy serca w akcji. Tylko analizując system krwionośny podczas pracy, w żywej osobie, zobaczylibyśmy, jak komory i zastawki pompują krew do każdego zakątka organizmu. Nie wiemy na przykład, co dzieje się z sercem biegacza, póki nie zaobserwujemy relacji układu sercowo-naczyniowego z całym organizmem. Dzięki holistycznemu podejściu dowiadujemy się, że podczas biegu mięśnie w ciele potrzebują więcej tlenu niż w stanie spoczynku, a serce bije szybciej tłocząc tlen. Innymi słowy, cały organizm reaguje na stan biegu, dostosowując się.

To samo odnosi się do rodziny alkoholowej. Żadnego jej członka nie możemy rozpatrywać w oderwaniu od innych, a pojedynczy element dynamiki rodziny nie będzie zrozumiały w izolacji od całości. Zachowanie jednego członka rodziny wpłynie na wszystkich pozostałych. Przy zachodzących zmianach, rodzina próbująca zachować równowagę będzie musiała poprzesuwać elementy struktury rodziny i/lub zmienić postępowanie. W rodzinach alkoholowych drastyczne zachowania uzależnionego wprowadzają w codziennym życiu zakłócenia i grożą chaosem czy utratą równowagi. Inni członkowie rodziny muszą wówczas przyjąć na siebie nowe funkcje, aby przepracować zmiany i utrzymać funkcjonowanie systemu rodzinnego.

Alkoholizm nie atakuje znienacka, jak atak serca. Skrada się raczej powoli i po cichu, aż wreszcie zostaje przez rodzinę odkryty i – miejmy nadzieję – rozpoznany i uleczony. Do tego czasu jednak zdąży wyrzeć piętno na każdym członku rodziny (Bowles, 1968, s. 1062).

Ilustracją powyższego jest historia Janet. Kontynuując swoje alkoholowe wyskoki, zmusiła innych członków rodziny do przejęcia jej obowiązków, co pomogło utrzymać rodzinę razem. Janet nie pojawia się w pracy, pranie nie jest zrobione, a posiłki przygotowane. Mąż, Sam, zaczął kłaść żonę do łóżka, jeżeli zasnęła w salonie. Dzwonił też do szefa Janet z wymówką o grypie i sprzątał bałagan z poprzedniej nocy, zanim dzieci wstały do szkoły. Gdy wybiegał spóźniony do pracy, przykazywał jeszcze najstarszemu Jamey'owi, by

dał mamie się wyspać i był dobrym chłopcem – przygotował śniadanie, a siostrę wyprawił do szkoły.

Picie mamy nie ustawało, a dziesięcioletni Jamey gotował wszystkie posiłki, robił pranie i w zasadzie wychowywał młodszą siostrę, podczas gdy tata zajmował się mamą. Cały system rodzinny ewoluował, żeby zrekompensować niestabilność wprowadzaną przez jej alkoholizm. Struktura rodziny zmieniła się o tyle, że teraz to Jamey przejmował rolę rodzica. Także sposób funkcjonowania rodziny uległ zmianie, ponieważ wszyscy tak organizowali sobie życie, żeby odpuścić mamie jak najwięcej. Integralną częścią alkoholizmu jest zaprzeczenie, ale członkowie rodziny nie wiedzą, że choroba żarłocznie pożera ich rodzinę od środka. Każdy kryje mamę w obawie odkrycia rodzinnego sekretu i nie jest w stanie rozpoznać choroby.

Wraz z postępem alkoholizmu cała rodzina choruje coraz bardziej. Wszystko zaczyna obracać się wokół uzależnionego rodzica. Jego zachowanie dyktuje interakcje wewnątrzrodzinne i zewnętrzne innych członków rodziny. Każdy z nich adaptuje się do zachowań alkoholika rozwijając takie postępowanie, które wymaga jak najmniejszej ilości stresu osobistego, a także napięcia w rodzinie. Funkcjonowanie wszystkich członków rodziny ewoluuje tak, by nadrobić szkody wywołane przez podstępą chorobę.

Alkoholizm rodzicielski jest tajemnicą zarówno w samej rodzinie, jak i na zewnątrz, dzieci jak partnerzy uczestniczą w zaprzeczaniu, że jeden z rodziców pije. Dzieciom alkoholików udaje się przeżyć dzięki ukrywaniu

rodzicielskich problemów, udawaniu, że wszystko jest w porządku, i niedopuszczaniu do wyjścia prawdy na jaw (Knight, 1993). To w reakcji na alkoholową chorobę członkowie rodziny odgrywają konkretne role równoważące zachowania alkoholika, dzięki czemu do pewnego stopnia zachowują równowagę w rodzinie i pozwalają jej przetrwać.

Rozwój tożsamości i role pozwalające na przetrwanie w rodzinach alkoholowych

Jednym z istotnych zadań rodziny jest wspomaganie rozwijania tożsamości, obejmujące zarówno kształtowanie się tożsamości rodzinnej, jak i indywidualnej tożsamości poszczególnych jej członków. Najczęściej odkrywamy rodzinną tożsamość zadając każdemu jej członkowi pytanie o to, jaka według nich jest ich rodzina. Odpowiedzi uwidoczniają myślenie rodziny o sobie samej i jej wyjątkowe cechy, a także motywy rodzinne, czyli rodzaje relacji nawiązywanych przez członków rodziny ze sobą nawzajem i z otoczeniem. Ponieważ system rodziny alkoholowej zawsze organizuje się wokół zachowań i żądań osoby pijącej, tożsamość rodziny również opiera się na alkoholizmie. Sekrety rodzinne stanowią w niej centralny motyw. Jako że takie rodziny ogromnie koncentrują się na własnej prywatności, wokół nich tworzy się często sztywna zewnętrzna granica, oddzielająca interakcje z osobami z zewnątrz. Taka bariera może na przykład dzielić bliską rodzinę (rodziców i dzieci) od dalszej (dziadków, ciotek i wujów, kuzynów i kuzynki). Nie dość, że sztywna granica

zapobiega kontaktom z członkami dalszej rodziny blokując możliwość wspólnego spędzania czasu, to także ukrywa i przeciwdziała wydostaniu się na jaw informacji o alkoholizmie w rodzinie. Dzieciom nie wolno zapraszać do domu przyjaciół, a rodzice niechętnie będą się angażowali w zajęcia pozalekcyjne czy aktywności społeczności lokalnej. Z uwagi na powyższe okoliczności, dziecko z rodziny alkoholowej nie będzie się czuło komfortowo szczerze odpowiadając na pytanie: „Jaka jest twoja rodzina”? W myślach użyje prawdopodobnie słów takich jak „szalona, dezorientująca, samotna, straszna, smutna”, a one wszystkie odzwierciedlają charakterystyczne cechy tożsamości rodzin alkoholowych.

Drugim elementem zadania tożsamościowego jest rozwijanie się osobnych tożsamości poszczególnych członków rodziny. Dzięki interakcjom z rodzicami i rodzeństwem dzieci uczą się siebie, tego kim są oraz jakie bywają w relacjach z innymi. Rodzice „mówią” dzieciom, kim mogłyby być i kim są teraz przez wyrażanie oczekiwań i spostrzeżeń. Niezależność staje się na przykład częścią indywidualnej tożsamości dziecka, które usłyszy w rodzinie „Będziesz musiał sam o siebie zadbać”. Podobnie, dziecko uzna się samo za kompetentne, jeśli otrzyma komunikat „Możesz osiągnąć wszystko, co sobie postanowisz” bądź rozwinięciem niepewności siebie, słysząc „Co się z tobą dzieje? Nigdy nie potrafisz nic zrobić!”. W rodzinie alkoholowej komunikaty wysyłane dzieciom przez rodziców często są dwuznaczne i niespójne. Rodzic może jednocześnie popijać

i strofować dziecko po to, by odwrócić uwagę od własnego zachowania, co bardzo negatywnie wpływa na rozwój dziecięcej tożsamości. Z drugiej strony, kiedy rodzic jest trzeźwy, odczuwa winę, skruchę i miłość, co popycha go do pozytywnych i afirmujących interakcji z dzieckiem. Rozwój indywidualnej tożsamości na podstawie doświadczeń nabywanych w rodzinie może zatem stanowić dla dzieci z rodzin alkoholowych bardzo mylący i niełatwy proces. Wiele dzieci wkracza w okres dorosłości bez jasnego obrazu samych siebie.

Rodziny uczestniczą również w rozwoju tożsamości dzieci przyznając im role, które wspierają funkcjonowanie grupy. Każde dziecko – po prostu po to, by przetrwać – przyjmuje na siebie odpowiednią rolę lub kombinację ról. W dzieciństwie spełniają one swoje zadanie, ale w późniejszych latach określają osobowość dziecka i wraz z dorastaniem zaczynają stanowić je krępować (patrz tabela 3.1). Każda z ról, choć odmienna, służy temu samemu celowi: ukryć chorobę alkoholową. Nawet rodzicom trudno ją zidentyfikować, tak skutecznie uwagę odwracają role odgrywane przez członków rodziny. Prócz tego role chronią także rodziców i dzieci przed prawdziwymi problemami oraz maskowanymi uczuciami. Mama pije i domowe wzorce ulegają zakłóceniu, dzieci jednak z łatwością wchodzą w przeznaczone im role, a rodzina trwa dalej, pozornie zachowując jedność. Taki zamknięty bieg służy jako wspólny system ochronny, pozwalający rodzinom na dalsze funkcjonowanie oraz zapewniający każdemu członkowi

swoiste bezpieczeństwo i stabilność. Chorobę maskuje się zaś cały czas.

Tabela 3.1. Role pozwalające na przetrwanie i postawy dzieci z rodzin alkoholowych

Dom	Szkoła	Praca	Rola społeczna
Bohater (dziecko odpowiedzialne)	Gwiazda klasy	Pracoholik	„Dobry chłopak”, „dobra dziewczynka”
Kozioł ofiarny (dziecko zbuntowane)	Uczeń problemowy	Sprawca kłopotów	Wyrzutek społeczeństwa
Zagubione dziecko (dostosowujące się do okoliczności)	Samotnik klasowy	Samotnik	Pustelnik
Maskotka	Klasowy klaun	Dowcipniś	Komik na scenie

Źródło: Praca własna według Wegscheider (1976) i Black (1982).

Aktorem przychodzącym „z pomocą” alkoholikowi jest w rodzinie alkoholowej małżonek, rodzic lub dziecko alkoholika. W miarę postępu choroby Janet coraz bardziej będzie uzależniać się od Sama, który jest w tej relacji pomocnikiem. Obowiązki i odpowiedzialność osoby uzależnionej przeniesione zostają na pomocnika, który ma za zadanie odpowiedzialnie podtrzymać system rodzinny. Pomocnik niweluje zagrożenia – błędy spowodowane piciem osoby uzależnionej i sprawia, że na pierwszy rzut oka wszystko wygląda normalnie. Sam kładł przykładowo Janet do łóżka, jeżeli urwał jej się film; sprzątał po niej, okłamał szefa i nakazał dzieciom, żeby przejęły matczyne obowiązki. Chronił żonę i kompensował jej utratę kontroli nad sobą,

jednocześnie pozwalając na dalsze trwanie w chorobie. Stąd też rodzica niepijącego określa się często słowem współuzależniony.

Rola pomocnika związana jest z rodzinnym zadaniem utrzymania fizycznego otoczenia rodziny. Kiedy dynamikę rodzinną zdominuje alkohol, trudno podtrzymać właściwą rutynę codziennych zadań typu regulowanie rachunków, pranie i przygotowywanie posiłków. Rodzina, która staje się wybitnie zdezorganizowana lub nawet chaotyczna, nie może zagwarantować przewidywalności czy stałości w kwestiach zarządzania finansami, rozkładem dnia czy posiłków. Każdy członek rodziny stara się przetrzymać jeszcze jeden dzień. Jeden z nich często w takiej sytuacji przyjmuje rolę pomocnika oraz podwójne obowiązki, aby przywrócić porządek i normalności w domu choć w niewielkim stopniu. Rodzic niepijący może funkcjonować nieproporcjonalnie, żeby zaspokoić fizyczne potrzeby członków rodziny zanedbywane przez rodzica pijącego. Często to dziecko – zwłaszcza najstarsze – przyjmuje tę rolę, co prowadzi do odwrócenia hierarchii rodzic–dziecko. Mały pomocnik uczy się obsługiwać pralkę, wyprawia młodszego rodzeństwo do szkoły, tłumaczy się przez telefon z nieopłaconych rachunków czy podgrzewa zupę na śniadanie. W każdej rodzinie może zdarzyć się konieczność tymczasowego zwiększenia liczby typowych obowiązków dzieci w razie nieprzewidzianych okoliczności. Jednakże gdy taki wzorzec staje się normą, zachodzi parentyfikacja – dziecko przyjmuje rolę rodzica. Zwykła hierarchia autorytetu

i odpowiedzialności w rodzinie ulega odwróceniu, a dzieci przejmują dorosłe role i obowiązki dla zaspokojenia rodzinnych potrzeb fizycznych i emocjonalnych (Chase, 1998). Takie dzieci cechuje również silne poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia i ducha rodzica-alkoholika. W dalszych etapach rozwoju, kiedy to przychodzi dla dziecka czas na zdrowe usamodzielnianie się, rozwijanie poczucia odrębności i autonomii, dorosłe dzieci mają ogromne trudności z wyzwoleniem się z intensywnych relacji.

Bohater

W każdej rodzinie alkoholowej znajdzie się bohater. Zwykle jest nim najstarsze dziecko czujące się odpowiedzialne za cierpienia rodziny. Robi, co się tylko da, aby poprawić ten stan rzeczy. Bywa, że rola bohatera rodzinnego pokrywa się z postawą głównego pomocnika. Dziesięcioletni bohaterowie zachowują się zbyt dojrzałe, jak na swój wiek, zdeterminowani udowodnić światu, że w domu nie dzieje się nic złego. Ich zadaniem jest radzić sobie tak dobrze, by zmylić obserwatorów zewnętrznych, co daje rodzinie poczucie własnej wartości. Jednak za fasadą siły kryje się silne poczucie nieadekwatności i niskiej samooceny. W rodzinie Janet to Jamey'owi blisko już do przyjęcia etykiety bohatera rodzinnego.

W szkole bohaterowie wyróżniają się w nauce, sporcie lub obu tych dziedzinach. Dorosłym często wydaje się, że w cudowny sposób bohaterów nie dotyka alkoholizm – ze

względu na sprawiane wrażenie odpornych, niepotrzebujących terapii dzieci. Pozornie udaje im się wszystko. Niczym najbardziej uważne i rozsądne, najmądrzejsze i najpopularniejsze dzieci w szkole zawsze przestrzegają zasad i przynoszą zadania domowe na czas. Spełniają też funkcje liderów samorządu szkolnego czy kółek pozalekcyjnych. Bohater zostaje przewodniczącym szkolnej rady, gwiazdą drużyny piłkarskiej czy królową balu. Nasze społeczeństwo wysoko ceni sobie osiągnięcia i rywalizację, toteż rodzinni bohaterowie otrzymują nagrody za osiągnięte ponadprzeciętne wyniki, a ich potrzeby pozostają nierozpoznane. Nie oznacza to jednak, że wszystkie kompetentne i osiągające sukcesy dzieci pochodzą z rodzin alkoholowych. Cechami charakterystycznymi, których należy wypatrywać, będą raczej nadmiernie rozwinięte ambicje, przesadzone poczucie odpowiedzialności, perfekcjonizm. Bohaterowie stanowią kolejny przykład dzieci przedwcześnie wydorosłych. Nie wiedzą, czym jest zabawa i relaks; stają się małymi poważnymi dorosłymi. Problemy zarezerwowane zwykle dla dorosłych wypełniają dziecinne myśli (np. zastanawiam się, czy z mamą wszystko w porządku, kiedy jestem w szkole). Dzieci z rodzin alkoholowych nurtuje problem picia i dobrostanu rodzica, podczas gdy rówieśnicy bawią się i cieszą beztroskim światem dzieciństwa.

Nina – jedna z dwóch sióstr uczestniczących w zajęciach grupy terapeutycznej dla dzieci z rodzin alkoholowych – zajmowała się całym domem, gdyż ich matka była aktywną alkoholiczką. Nina przygotowywała śniadanie dla siebie

i młodszej siostry, a także wyruszała z nią do szkoły, odkąd tylko sięgała pamięcią. Ponieważ własne potrzeby poświęcała na rzecz sześciolatniej siostry, trudno było jej skorzystać z zalet terapii. Podczas zajęć grupowych siostrzyczka kurczowo się jej trzymała, przez co Nina większość czasu spędzała pełniąc rolę rodzica i chroniąc małą. Podczas zabawy strofowała ją i poprawiała, komentując: „Zachowujesz się głupio”, „Źle się bawisz, nie idź tędy!”. Miała siostrę cały czas na oku, nie wahając się skarcić nawet za niewielkie przewinienia, typu wzięcie dwóch ciastek zamiast jednego podczas przerwy na przekąskę. Uważała, że zachowanie porządku jest jej obowiązkiem, więc nie mogła się rozluźnić, bawić czy cieszyć teatrzykiem kukielkowym. Nina bezustannie wszystko kontrolowała. Gdy inne dziecko pochwaliło raz rysunek siostry, Nina gniewnie sarknęła: „Nie wyśmiewaj się z jej obrazka!”. Tamte dziecko zareagowało zagniewaniem, czuło się dotknięte i skonsternowane. Nina jednak chroniła tylko siostrę przed tym, co sama wzięła za krytykę. Bardzo dużo energii wydatkowała na kontrolę i próby zmiany zachowania siostry. Wyjaśniła raz, że nie bawi się ani śmieje w domu, gdyż „lepiej nie bawić się przy alkoholiku. Moja mama, jak pomyśli, że się z niej śmiejesz, urwie ci głowę”.

Rodzinni bohaterowie dorastają i wkraczają na rynek pracy, gdzie napotykają ogromne trudności w odgrywaniu swej roli. Często pracują ponad miarę, równie powszechnie stają się pracoholikami. Odnoszą spore sukcesy na wybranej drodze zawodowej i wspinają się po szczeblach kariery

bardzo szybko. Płacą jednak wysoką cenę za nadmierne poczucie odpowiedzialności i ambicje. Zawieszają bowiem na kołku własne uczucia i potrzeby, skoncentrowani obsesyjnie na kontrolowaniu i sterowaniu osobami oraz wydarzeniami wokół. W życiu prywatnym trudno im nawiązać intymne relacje, w których mogliby wyrazić swoje uczucia. Nie są zdolni do rozpoznawania oraz komunikowania emocji, toteż trudno im zaufać innym. Bohaterowie mają niewiele, jeżeli w ogóle mają, przyjaciół, a potrzebę więzi z otoczeniem realizują angażowaniem się głęboko w pracę. Biją zatem głową w nieistniejący mur, próbując zmienić innych czy też opanować wymykające się spod kontroli okoliczności. Nie mają prawdziwego dzieciństwa, stąd jako dorośli nabierają zgryźliwego, zgorzkniałego charakteru. W sytuacjach nieprzewidzianych i spontanicznych reagują paniką, żyją w ciągłym napięciu, a także są surowi i uparci.

Kozioł ofiarny

Harley stał się kozłem ofiarnym, to jest rodzinnym celem frustracji i sposobem rozładowywania problemów. Nie był zupełnie w stanie dotrzymać kroku rodzinnemu bohaterowi, toteż uznał, że nie będzie się ze starszym dzieckiem ścigał. Jako wcielenie rodzinnych frustracji zaczął sprawiać kłopoty, co odciąga uwagę od rodziny jako takiej. Kozły ofiarne zwykle sygnalizują wewnętrzny ból pakując się w kłopoty w domu czy szkole. Poprzez wagary, nieplanowane cięższe czy nadużywanie substancji niedozwolonych wyrażają gniew, który jest wynikiem transformacji bólu i strachu. Kozły

ofiarnie często wdają się w bójki i wchodzą w konflikt z prawem, używają narkotyków lub uciekają z domu. Harley także staje się problematycznym punktem skupienia rozładowując rodzinne cierpienie.

W grupie społecznej kozioł ofiarny bywa najczęściej najkrnąbrniejszym dzieckiem, którego nauczyciel nie zapomina – jednak o ile bohaterów rodzinnych pamięta się za pozytywne cechy, o tyle kozłów ofiarnych za sprawione problemy.

Kozły ofiarne są dla rodziców ostatecznym sprawdzianem cierpliwości. Jedenastoletni Harley nie mógł wytrzymać na miejscu nawet pięciu minut podczas grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych. Popychał i roztrącał dzieci tak, jakby chciał się na różne sposoby popisać. W domu Harleya nie ma wewnętrznych drzwi – ojciec zdjął je z zawiasów, żeby dzieci nie mogły ukrywać się w pokojach. Chłopiec opowiedział, że ojciec bez przerwy bije go, popycha i wrzeszczy. W pewien bożonarodzeniowy ranek ojciec w pijackim szale wygonił Harleya z domu kijem. Dziecko bez butów i koszuli pobiegło po śniegu do domu sąsiadów, żeby przeczekać furię ojca. „Nigdy nie możemy się w domu wyspać”, narzekał Harley. „Tata wraca o trzeciej rano i wszystkich nas budzi, wyciąga z łóżek i każe oglądać świeżo naprawiony samochód albo inne ustrojstwa”. Chłopiec był w stanie wyrazić słowami gniew i lęk przed ojcem alkoholikiem, ujawniał je także malując rękoma po papierze. Na co dzień maska psotnika Harleya, którą widzi większość otoczenia, skrywa takie

uczucia. Po pewnym okresie terapii odkryto, że Harley kamoufluje pod gniewem bardzo dużą wrażliwość.

W pracy kozłom ofiarnym nigdy nie udaje się zrobić wszystkiego, jak trzeba. Regularnie ponoszą porażki z uwagi na skłonności autodestrukcyjne. Zamiast stosować się do firmowych zasad, wybierają drogę na skróty, co naraża ich na niełaskę szefostwa. Ze względu na niemożność współpracy z innymi, wdają się w nieproduktywne spory z kolegami. Także alkohol i narkotyki mogą przyczyniać się do ich zawodowych porażek.

W życiu towarzyskim natomiast kozły ofiarne przeżywają trudności z dopasowaniem się. Niełatwo im funkcjonować w sytuacjach społecznych, co w przypadku nieakceptowanych przez otoczenie zachowań prowadzi do dezaprobaty. Wskutek braku umiejętności społecznych stają się wyrzutkami, choć na zewnątrz wydawać mogą się jedynie dziwakami. W głębi duszy natomiast kozły ofiarne są samotne, zranione, zagniewane i pełne lęku.

Zagubione dziecko

Sześćioletnia Sheila już została rodzinnym zagubionym dzieckiem. Zawsze trzymała się na uboczu rodzinnych kłótni, bawiąc się lalką przycupnięta w kącie bądź śniąc na jawie i leżąc na łóżku w dzień. Zawsze na dalszym planie, Sheila nigdy nie sprawiała rodzinie najmniejszych problemów. Odizolowała się od rodziny, wybierając własny świat poczucia krzywdy i samotności.

Dzieci zagubione to często dzieci przeciętne, które nie

potrafią znaleźć sobie miejsca w rodzinie czy szkole, a jako dorośli także w pracy zawodowej czy w ogóle na świecie. Są to dzieci niedostrzegane, o których się zapomina i które trudno dostrzec. Nauczycielom niełatwo sobie przypomnieć o takich uczniach, nie przyciągają bowiem uwagi ani w dobrym, ani w złym sensie – nie są ani nieposłuszne, ani przedsiębiorcze. Sheila spędzała czas na obrzeżach klasy i nie nawiązywała relacji przyjacielskich czy koleżeńskich. Wszyscy zostawiali ją w spokoju i nie dostrzegali, zarówno rodzice, jak i system edukacyjny czy całe społeczeństwo.

Dziesięć lat później szesnastoletnia Sheila wydawała się w grupie terapeutycznej dzieci z rodzin alkoholowych osamotniona. Spędzała możliwie jak najwięcej czasu samotnie. Gdy rozmawialiśmy o odczuciach towarzyszących picciu rodziców, Sheila słuchała uważnie, zachowywała jednak spokój i nie odezwała się ani słowem. Gdy nadeszła jej kolej, powiedziała, że złości ją, gdy mama pije. Choć wyraziła złość słowami, nie było gniewu w jej głosie; miała trudności z wyrażaniem uczuć. Werbalizacja gniewu Sheili była pozbawiona emocji ukrytych tak głęboko, że nie była w stanie do nich dotrzeć. Opowiedziała też historię o tym, jak kiedyś pijana matka zniszczyła jej rakietę tenisową. Ojciec wpadł w furję, gdy zobaczył rakietę w milionie kawałeczków – wydał bowiem na nią sporo pieniędzy w nadziei na wyciągnięcie córki ze skorupy izolacji. Matka Sheili zaprzeczyła wszelkim oskarżeniom, obwiniając córkę. Ojciec zaś w końcu uwierzył jej wersji i ukarał dziecko nie tylko za zniszczenie sprzętu, ale i za kłamstwo. Dobre chęci i zakup

rakiety przyniosły skutki odwrotne do zamierzonych. Sheila wycofała się jeszcze bardziej. Tak zagubione dzieci radzą sobie z uczuciami: zamykają je pod kluczem na tyle głęboko, że nie mogą ich odzyskać. Niekiedy obracają gniew przeciwko sobie samym, wyrządzając sobie krzywdę przez próby samobójcze lub narkotyki.

W pracy dorosłe zagubione dzieci nie integrują się; zawsze zaglądną tylko do środka, same będąc na zewnątrz. Niewiele mówią i wolą pracować niezależnie. Mogą mieć trudności przy pracy zespołowej. Zawsze wykonują polecenia z góry, robiąc niewiele hałasu. Współpracownicy zwykle zostawiają je w spokoju i zapominają włączyć do grupowych aktywności. Pracodawcy zaś pomijają je przy podwyżkach i awansach.

W trakcie wydarzeń towarzyskich dzieci zagubione podpierają ściany, a czas wolny spędzają z dala od dużych grup osób. Nawiązują kilka przyjaźni, wchodzą w niewiele długofalowych związków. Preferują aktywności samodzielne lub wykonywane w niewielkich grupkach. Na zewnątrz są nieśmiałe i wycofane, natomiast w środku odczuwają samotność, krzywdę i nieadekwatność.

Maskotka

Dziewięcioletni Jack stanowił rodzinną maskotkę. Poprzez żarciki, przymilania i wygłupy potrafił odwrócić uwagę otoczenia od problemu rodziny i przenieść ją na siebie. Jego rola polegała na rozluźnianiu atmosfery i zabawianiu rodziny humorem i dowcipami. Jowialny

charakter Jacka był zdecydowanie maską skrywającą przeciwne emocje: lęk i smutek zrodzone z dręczenia słownego i fizycznego, jakich codziennie dopuszczał się ojciec alkoholik.

Maskotki to najczęściej dzieci najmłodsze i rodzinne pupilki. W poważnych sytuacjach reagują lekko, próbując utrzymać radosny nastrój. Każdy ma być zadowolony, a niczego nie trzeba brać na poważnie. Do maskotek najprawdopodobniej najtrudniej dotrzeć ze względu na nieprzebyty mur śmiechu. Jack był klasowym kłownem gotowym zrobić wszystko, by rozśmieszyć innych i znaleźć się w centrum uwagi. Nie stwarzał poważnych problemów, ale niepijająca matka określiła go słowem „nieznośny”. Błaznowanie Jacka czasami przeszkadzało innym, toteż mama bez przerwy uciszała go mówiąc „uspokój się”, „opanuj się” czy „nie ma się z czego śmiać”.

Pewnego wieczoru podczas zajęć terapeutycznych grupy dzieci z rodzin alkoholowych Jack ze śmiechem opowiadał, jak to kiedyś, gdy był małym dzieckiem, ojciec alkoholik rzucił nim o ścianę. Choć złamał wtedy nogę, Jack chichotał cały czas, opowiadając tę historię i kolejną, o tym, jak ojciec narobił mu wstydu przy kolegach – którzy także wyśmiewali się z pijaka. Potrafił rozmawiać o swych ciężkich przejściach tylko udając, że nic się nie bał i nic go nie poruszyło. Prowadzący spotkanie terapeuta zwrócił się do Jacka, twierdząc, że ciśnięcie o ścianę musiało być niezwykle przerażającym, bolesnym przeżyciem, a większość ludzi nie uznałaby takiego zdarzenia za powód do śmiechu. Zapytany,

czy śmiał się, kiedy to się wydarzyło, Jack zszarzał na twarzy i wyszeptał cicho: „Nie, płakałem”. Pracujący z dziećmi terapeuci i nauczyciele muszą zdawać sobie sprawę, że klasowy błazen śmieje się i pajacuje tylko powierzchownie, a w środku płacze.

W życiu zawodowym maskotki uważa się za dowcipnisiów i firmowych kawalarzy. Każdy chętnie spędza z nimi czas ze względu na ciągłe rozśmieszanie, ale nikt nie bierze ich na poważnie. Pracodawcy mogą wręcz traktować ich nieufnie. Przełożony Jacka może się zastanawiać, czy traktuje on swe obowiązki poważnie i czy powierzyć mu możliwość podejmowania ważnych decyzji lub nowe obowiązki. Bywa, że rodzinne maskotki zamieniają swe życiowe role w sukcesy. Carol Burnett i Jonathan Winters pochodzący z rodzin alkoholowych zostali gwiazdami komedii, estrady i show biznesu, i dowcipkując doszli do sławy oraz fortuny.

W towarzystwie maskotki skupiają wokół siebie wielbicieli i wnoszą życie w każde spotkanie. Jak kabareciarze zawsze mają w zanadrzu żarty i anegdotki, gotowi zabawiać innych. Pod fasadą śmiechu skrywają się jednak trudności w opanowywaniu stresu. Maskotki czują smutek, niepewność, strach i samotność. Rola dworskiego błazna nie pozwala im również nawiązać poważnych, długoterminowych związków. Namiastką intymności często staje się dla nich uzależnienie od substancji chemicznych.

Porady dla opiekunów i terapeutów

Cztery role obliczone na przetrwanie w alkoholowej rodzinie nazywa się często „fałszywymi tożsamościami” (Wood, 1982, 1987). Stanowią nieświadome dziecięce próby odreagowania faktu, iż rodzice nie realizują wychowawczej roli. Dzieci próbują również ukryć i ochronić ważne aspekty własnego wnętrza. Fałszywe tożsamości charakteryzuje wyższość (bohater), agresja (koziół ofiarny), wycofanie (dziecko zagubione) oraz dowcip (maskotka). Wszystkie są zdecydowanym przeciwieństwem i zaprzeczeniem prawdziwych, stłumionych uczuć i cech: wrażliwości, pragnień, naruszonego poczucia własnej wartości. Role grane przez dzieci z rodzin alkoholowych stają się integralną częścią ich osobowości oraz barierą na drodze do wyzdrowienia. Jak na ironię, ostateczne cele ról są ze sobą sprzeczne: role są środkiem pozwalającym dzieciom przetrwać w świecie choroby alkoholowej, ale i kamuflują chorobę przed osobami, które może mogłyby profesjonalnie pomóc.

Dzieci te skrywają zgryzotę po mistrzowsku. Ekspertka i terapeutka Claudia Black podaje, że dzieci z rodzin alkoholowych bardzo szybko przyswajają sobie trzy niepisane zasady: „Nie mów, nie ufaj, nie czuj”. Pewien czternastoletni chłopak powiedział mi: „Kiedy ojczym wraca do domu pijany, ignoruję wszelkie jego słowa. A jeśli matka każe mi się położyć do łóżka, słucham jej”. Jego siostra potwierdziła: „W ogóle mnie to nie obchodzi, mam go gdzieś”. „Jeśli kiedykolwiek choć mnie dotknie, dołożę mu” – oznajmił młodszy brat.

Mechanizmy obronne silne są nawet u dzieci poddających się terapii w grupach dzieci z rodzin alkoholowych. Krzywda i ból skryte są na tyle głęboko, że trudno do nich dotrzeć samym dzieciom oraz terapeutom, którzy nie mogą pokonać wysokich barier. Profesjonaliści często stają wobec gniewu, niepokornej postawy, obojętności bądź też śmiechu i dowcipów, które skrywają jątrzące się rany. Jednak z chwilą zidentyfikowania odgrywanej roli terapeuta może pomóc dziecku odrzucić fałszywą tożsamość blokującą ścieżkę do wyleczenia i pomóc mu stawić czoło swemu prawdziwemu „ja”.

Pomaganie bohaterom rodzinnym

- Wypatruj dzieci nadmiernie kompetentnych funkcjonujących najprawdopodobniej na najwyższych obrotach. Upewnij się, że ci potencjalni rodzinni bohaterowie otrzymują tyle uwagi, co inne dzieci, tym ostatnim być może łatwiej okazywać potrzeby i prosić o pomoc. Wartościowy i realistyczny cel terapii to pomoc bohaterom rodzinnym w znalezieniu równowagi między pracą a zabawą.
- Nalegaj, by dzieci nie poświęcały własnych potencjalnych przyjemności i korzyści płynących z zajęć, doświadczeń czy interakcji, pod pretekstem przedkładania potrzeb innych nad swoje.
- Stawiaj przed dziećmi zadania odpowiadające ich etapom rozwojowym, ale pomóż im nauczyć się nie przesadzać ze zobowiązaniami. Unikaj niezwykle

wysokich wymagań lub obarczania dzieci odpowiedzialnością dorosłych, nawet jeśli chętnie akceptują podobne obowiązki.

- Uświadom je, że w porządku jest relaksować się i nic nie robić. Zapewnij też, że nie zawsze muszą starać się zadowolić innych; własna przyjemność też jest ważna, choćby oznaczała nicnierobienie.
- Dowartościowuj dzieci nie za to, co robią, a za to, kim są. Okazuj bezwarunkowe wsparcie dla nich jako jednostek zamiast chwalenia za to, co zrobiły lub stworzyły. Daj im do zrozumienia, że akceptujesz je niezależnie od tego, czy odniosą sukces, czy poniosą porażkę. Uprzytomnij im także, że są wyjątkowe bez względu na to, czy akurat wykazują się czymś konkretnym; okazuj uznanie i szacunek.
- Naucz je elastyczności proponując od czasu do czasu zajęcia spontaniczne i wymyślone na poczekaniu.
- Zachęcaj je do rozpoznawania swych prawdziwych uczuć i okazywania ich w rozmowach czy w formie artystycznej.
- Zapewnij wsparcie w chwilach podejmowania ważnych i trudnych decyzji bez udziału rodziców, na przykład wyboru sposobu spędzania czasu po szkole, zaproszenia określonej sympatii na bal albo wyboru zawodu.
- Wspólnie z nimi ciesz się z sukcesów i osiągnięć, dając jednocześnie sygnał, że porażkę również można zaakceptować, a dziecko nie musi być zawsze i we wszystkim doskonałe.

- Zapewnij oparcie, jeżeli doświadczą niepowodzenia czy rozczarowania. Pomóż im zrozumieć i zaakceptować fakt, że porażki są częścią życia.
- Zadbaj, by dzieci miały okazję do zabawy, odprężenia i radości w gronie rówieśników, niż by spędzały czas angażując się w dorosłe czynności wśród dorosłych. Niech śmiech, chichoty i wygłupy staną się częścią codzienności dzięki wplataniu w zajęcia śmiesznych historyjek i okazji do śmiechu. Dzieci z rodzin alkoholowych tracą dzieciństwo przez to, że czują silny popęd do osiągnięcia sukcesu i zadowalania innych. Choć mogłoby się na podstawie ich zachowania wydawać inaczej, dzieci – rodzinni bohaterowie – potrzebują dorosłego wsparcia i nadzoru. Dzięki przeznaczaniu części czasu na zabawy, naukę, marzenia i cieszenie się dzieciństwem stworzą solidne podstawy dorosłości. Jeżeli otrzymają szansę, by być dziećmi, w dorosłym życiu będą zdrowsi i stabilniejsi, a także mniej skłonni do żalu za tym, co utracili.

Pomaganie kozłom ofiarnym

- Traktuj zachowanie kozła ofiarnego jak wołanie o pomoc, nie zaś zagrożenie wymierzone bezpośrednio przeciw tobie.
- Unikaj jakże częstego spisywania kozła ofiarnego na straty. Właśnie takie dzieci bywają najmniej lubiane spośród wszystkich czterech ról – ich agresywne, niezgodne z prawem lub zagrażające innym zachowania

często budzą u dorosłych lęk i gniew. Praca z nimi pochłania też najwięcej energii.

- Przeanalizuj własne uczucia wobec kozła ofiarnego. Pozwól sobie na stwierdzenie, że trudno ci go lubić, jeżeli tak się czujesz. Terapeuci nie mają w obowiązku lubić wszystkich dzieci tak samo. Muszą jednak zapewniać wszystkim sprawiedliwe traktowanie i pomoc w zaspokojeniu potrzeb.
- Jeżeli jesteś negatywnie nastawiony do kozła ofiarnego, zmień swoje postępowanie na odwrotne. Czasami ze względu na własny gniew lub strach zamiast pozytywnego wywierasz, swymi słowami i czynami, negatywny wpływ. Istnieje szansa, że zmiana w tobie wywoła zmianę na lepsze także w kozle ofiarnym.
- Uczciwie identyfikuj swoje uczucia. Terapeutom bywa szczególnie trudno przyznać się, że dziecko wywołuje gniew. Zaprzeczanie prawdziwym uczuciom prowadzi tylko do wzmocnienia dysfunkcyjnego systemu zaprzeczania w rodzinie alkoholowej.
- Przekaż dzieciom swe odczucia. Jeżeli robią coś, co wywołuje twoją złość, delikatnie je o tym poinformuj – mówiąc jednak, że gniewa cię konkretne zachowanie, a nie one same. Dzięki zastosowaniu takiej strategii pokazujesz kozłom ofiarnym jednocześnie kilka kwestii: (1) Uczysz, że nie muszą negować swych prawdziwych uczuć, choćby musiały to robić w domu. (2) Uczysz, że emocje można wyrażać słownie i w konstruktywny sposób, a niekoniecznie czynnie i w sposób krzywdzący

innych. (3) Dajesz przykład dojrzałego radzenia sobie z trudnymi emocjami i ukierunkowywania uczuć.

- Unikaj zbytnej surowości i srogięgo karania, spróbuń porozumieć się z prawdziwym dzieckiem pod maską kozła ofiarnego.
- Upewnij się, że kozioł ofiarny zna granice dopuszczalnych zachowań. Jasno wyjaśnij im obowiązujące zasady i zwyczaje. Rozsądne i przewidywalne, choć czasem elastyczne, reguły i ograniczenia są ważne, gdy chcemy pomóc dzieciom kontrolować własne zachowanie.
- Zastosuj pozytywne podejście komunikując dzieciom, jakich zachowań od nich oczekujesz i dlaczego, zamiast mówienia, czego *nie* powinny robić. Dziecku, które biega po domu, należy powiedzieć „Zwolnij i zacznij chodzić. Możesz przewrócić się i skaleczyć”. Dzięki temu dziecko wie zarówno, co robić, jak i z jakiego powodu. Sam zakaz „Nie biegaj po domu!”, podkreśla negatywną informację i nie podpowiada, jak należy się zachować.
- Pochwal kozła ofiarnego nawet za najmniej znaczące pozytywne zachowania: przyniesienie odrobionych prac domowych, spełnienie jednej prośby, skupienie na lekcji choćby na pięć minut. Takie dzieci potrzebują bardzo dużo pozytywnego wzmocnienia poprawnych zachowań, ponieważ większość informacji zwrotnych od dorosłych to słowa krytyki.
- Wyznaczaj kozłom ofiarnym role przywódcze wtedy, gdy

na pewno osiągną sukces. Pochwal za dobrze wykonaną pracę. Często dzieci mają ukryte zdolności przywódcze, które tylko czekają na odkrycie.

- Pomagaj dzieciom identyfikować i wyrażać emocje na różne sposoby: w działaniach twórczych, aktorstwie lub dyskusjach grupowych.
- Zachęcaj je do właściwego wyładowywania i ukierunkowywania emocji. Możesz im na przykład pokazać, że w porządku jest rozładować gniew gniotąc glinę, kopiać pień drzewa lub wałać w worek treningowy. Nie wolno jednak wyżywać się na innym dziecku lub na dorosłym.
- Zapewnij dziecku indywidualne wsparcie wolontariusza, rodzica lub doradcy. Zarówno ty, jak i dziecko potrzebujecie od czasu do czasu odpocząć od siebie nawzajem.
- Zachęć kozły ofiarne do uczestnictwa w treningach sportowych, najlepiej w dyscyplinie wymagającej podporządkowania się regułom. Dzięki temu silne emocje zostaną wyładowane i trafi się okazja rozwinięcia zdrowych relacji społecznych i umiejętności interpersonalnych czy liderekich.
- Pomóż także innym dzieciom zrozumieć kozła ofiarnego, tyle ile można, szanując jednocześnie ich własne prawa i emocje. Nie powinny być zmuszane do interakcji z kozłem ofiarnym, jeżeli tego nie chcą.

Pomaganie zagubionym dzieciom

- Daj zagubionym dzieciom poczucie przynależności do grupy, upewniając się, że pełnią w klasie ważną funkcję i należą do społeczności.
- Wykorzystuj okazje integrujące zagubione dziecko w szerszej grupie. Nie naciskaj i nie zmuszaj do nadmiernej socjalizacji, wszystkie dzieci potrzebują bowiem trochę samotności.
- Zachęcaj je do zajęć, które wymagają interakcji społecznych, jak zbiorowe rozwiązywanie problemów, tworzenie kolaży, malowanie na murach, planowanie klasowej sztuki. Nie zachęcaj do zajęć samotniczych – snucia marzeń i czytania w kącie klasy.
- Zaprezentuj na tablicy ogłoszeń prace plastyczne, opowiadania i inne interesujące eksponaty, aby wzmocnić pewność siebie i poczucie własnej wartości dziecka.
- Podbuduj samoświadomość zagubionego dziecka chwalać je za wyrażanie konstruktywnych pomysłów i opinii.
- Pomóż dziecku identyfikować i wyrażać uczucia w bezpieczny sposób; niech maluje, rzeźbi w drewnie, bawi się kukiełkami, dyktuje historyjki, gra i śpiewa czy w inny sposób zajmuje się sztuką.
- Zajęcia wymagające rozwiązywania problemów opatrz prośbą o pomoc w znalezieniu rozwiązania tak, by dziecko czuło się komfortowo. Wiele zagubionych dzieci ukrywa wśród licznych tajemnic także wysoki poziom inteligencji, a rodzice nie zdają sobie sprawy z ich

potencjału.

- Przygotuj socjogram (patrz rozdział 6), aby dowiedzieć się, z kim zagubione dziecko najchętniej współpracuje w grupie, kto wywierałby na nie pozytywny wpływ. Wyznacz ustalonej parze dzieci zadanie lub projekt wymagające współdziałania.
- Notuj, ile razy nawiązałeś z dzieckiem kontakt i pochwaliłeś je w ciągu dnia. Dzięki codziennym podsumowaniom będziesz na bieżąco wiedzieć, jak ci idzie i jakie postępy czyni dziecko.

Pomaganie maskotkom

- Ofiaruj maskotce dużo osobistej uwagi, poznaj się z nią osobiście.
- Daj jej do zrozumienia, że jej prawdziwa, wewnętrzna tożsamość jest w porządku, a ludzie będą ją lubić nawet, jeżeli nie będzie opowiadać dowcipów.
- Pomóż maskotkom otworzyć się dzięki zdobyciu ich zaufania. Choć mogą wydawać się trzpiotowate, potrzebują wiele wsparcia, by odrzucić maskę i odkryć prawdziwą twarz.
- Wykorzystaj technikę opowiadania historii, by zakomunikować dziecku, że prawdziwe uczucia można akceptować. Wymyślona opowieść o dziecku, które zawsze śmieje się na zewnątrz, ale płacze w środku, może przekazać maskotce komunikat w sposób niebudzący strachu.
- Kukiełki możesz wyzyskać do zademonstrowania

zachowania kłowna lub opisu smutku skrywanego w głębi jego serca. Pozwól dziecku także użyć kukiełek i odegrać podobną rolę.

- Wzmacniaj poprzez powtarzanie właściwych reakcji na rozmaite wydarzenia i emocje. Wskazuj, że śmiejemy się z zabawnych incydentów, ale płaczemy, gdy zdarzy się coś smutnego; gdy ktoś nas krzywdzi, gniewamy się itp. Jeżeli dziecko śmieje się, gdy komuś coś się stało, opisz sytuację za dziecko, wyrażając uczucia rzeczowym tonem głosu: „To nie było śmieszne, kiedy John się przewrócił. Bardzo się potłukł i bolała go zraniona noga”.
- Starsze dzieci niech prowadzą codzienny lub cotygodniowy dzienniczek. Zapewnij je, że nikt poza tobą go nie przeczyta oraz że w każdej chwili mogą z tobą o nim porozmawiać.

Nadzieja dla dzieci z rodzin alkoholowych

Alkohol, jako rozpowszechnione w naszym społeczeństwie zjawisko, stanowi jedno z najpoważniejszych zagrożeń zdrowia i funkcjonowania społeczeństwa. Dla profesjonalistów alkoholicy i ich małżonkowie znajdowali się zwykle w centrum uwagi, podczas gdy dzieciom nie poświęcano jej wiele. Problemów w rodzinie, w której występuje uzależnienie od środków odurzających, nie da się rozwiązać proponując terapię jedynie rodzicom. W większości przypadków gdzieś obok jest także cierpiące rozpaczliwie i cichutko dziecko. Dzieci są niewidzialnymi

ofiarami szalejącego alkoholizmu. Jednym z najpopularniejszych mitów na temat tej choroby jest przekonanie, że gdy alkoholik przestaje pić, wszystko wraca do normalności. Tata przestaje nadużywać alkoholu, godzi się z mamą, a dzieci dostosowują się automatycznie; zaczną dostawać lepsze oceny w szkole i dogadywać się z nauczycielami czy kolegami. Wszyscy będą żyli długo i szczęśliwie. Taki scenariusz to rzeczywiście jedynie mit. Systemy rodzin alkoholowych rozwinęły własne, głęboko utrwalone sposoby funkcjonowania umożliwiające przetrwanie. Usunięcie z rodziny alkoholu nie powoduje automatycznie, że jej członkowie zyskują świadomość i umiejętność korzystania z alternatywnych metod działania. Takie rodziny wykształcały strategie systemu rodziny alkoholowej przez dłuższy czas, więc potrzebują go również sporo, by nauczyć się funkcjonować jako rodziny niealkoholowe.

Miliony dzieci żyjących w rodzinach uzależnionych – nawet, jeśli trwa to krótko – może wpaść w pułapkę tzw. nieskończonej pętli autodestrukcyjnych wzorców zachowań (Wood, 1987). Przykładowo, wiele dzieci uczy się przejmować kontrolę nad wszystkim wokół, by zapobiec całkowitemu rozkładowi rzeczywistości, gdy rodzic pije. Jak na ironię, taki kamuflaż przynosi chaotycznym rodzinom swoiste poczucie przewidywalności. Dzieci z rodzin alkoholowych wiedzą też, jakich emocji mogą się spodziewać, co ratuje je w obliczu choroby alkoholowej.

Choć wyżej opisane role przynoszą dzieciom chwilową

ulgę, nadchodzi moment, kiedy dezaktualizują się – zwykle w chwili wkroczenia w dorosłość. Nie przynoszą już takich korzyści, jak wcześniej, a wręcz szkodzą dzieciom alkoholików. Ich dysfunkcyjny charakter objawia się szczególnie wyraźnie. Dorośli bohaterowie zatracają się w pracy, przeżywając trudności w bliskich relacjach z innymi. Kozły ofiarne wplątują się w kłopoty i zostają nielubianymi przez nikogo społecznymi wyrzutkami. Zagubione dzieci prowadzą pustelniczy tryb życia, odsuwając się od ludzi i wycofując z sytuacji towarzyskich. Maskotki zaś uważa się za dowcipnisiów i nie bierze na poważnie. Wiele dzieci z rodzin alkoholowych odgrywa więcej niż jedną rolę – osobowość niektórych z nich może zdominować mieszanka dwóch, trzech, a nawet czterech masek.

Po wieloletnim, doprowadzonym do perfekcji odgrywaniu rozmaitych ról, dzieciom z rodzin alkoholowych trudno jest odrzucić to, co stało się nieodłączną częścią ich tożsamości. Jako dorośli muszą stawić czoło dezorientacji i bólowi wynikającym z zachowań, które nie spełniają już swej dawnej podstawowej funkcji – zapewnienia przetrwania. Przeniesione w dorosłość, owe role przyczyniają się do życiowych porażek dzieci z rodzin alkoholowych. Niepokój i konsternację dzieci z rodzin alkoholowych próbują ukoić alkoholem, innymi środkami uzależniającymi, pracą, jedzeniem, seksem czy innymi zachowaniami kompulsywnymi (patrz rozdział 5).

Najlepiej, jeśli dorosłe osoby interweniują jeszcze w dzieciństwie, zanim wzorce zachowań przesadnie się

usztynią. Nadzieję na przełamanie wzorów pokładać można w terapeutach, którzy codziennie stykają się z dziećmi z rodzin alkoholowych. Publiczne zrozumienie faktu, iż alkoholizm jest chorobą dotykającą całe rodziny, da profesjonalistom możliwość przyjscia dzieciom z rodzin alkoholowych z pomocą w ramach istniejących systemów, z wykorzystaniem już dostępnych narzędzi i środków. Niezależnie od tego, czy terapeuci zajmują się zawodowo wyprowadzaniem alkoholików z choroby, ponoszą odpowiedzialność wobec ogromnej grupy dzieci z rodzin alkoholowych, zwykle zaniedbywanych, choć bardzo wrażliwych. Dzięki zrozumieniu choroby i jej wpływu na dzieci, nauczyciele, doradcy, dyrektorzy szkół, pracownicy socjalni i inni profesjonaliści mogą przyczynić się do powrotu dzieci do normalności.

PRZYSTOSOWANIE PSYCHICZNE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH

PRZYPADEK 4.1

Kiedy szykowałem się do pójścia do łóżka, mama kazała mi położyć się na narzucie, żeby nie musiała rano wszystkiego ścielić. Zrobiłem, jak kazała, ale kiedy tata wszedł rano do mojego pokoju, zdenerwował się, że nie spałem pod kołdrą. Opowiedziałem mu o prośbie mamy, ale ona skłamała, gdy ją o to zapytał. Zaprzeczyła całkowicie, że o czymkolwiek mi wspominała. Bała się, co zrobi i powie tata. Cóż, nic nie powiedział, bo jej uwierzył. Ale mnie sprzął paskiem – i teraz nie wiem, kogo mam słuchać.

Rex, 11 lat

Mama kupiła mi za 600 dolarów zestaw perkusyjny. Pewnego wieczoru babcia upiła się i pocięła bębny nożem, choć były zupełnie nowiutkie. Oczywiście mama wściekła się, i ja też. Mówiłem jej, że to wina babci, ale babcia zaprzeczyła, zwalając winę na mnie. Mama uwierzyła jej i ukarała mnie za coś, czego nie zrobiłem. Nienawidzę za to babki, i ojca zresztą też, coraz bardziej. Zaczyna przypominać swoją pieprzoną żonę, a mnie zostawił na pastwę losu i tych dwóch... Może sobie zabrać i wsadzić w dupę wszystkie swoje prezenty, a zwłaszcza jeepa. Chciałbym w ogóle się nie urodzić.

Rick, 16 lat

Matka upijała się notorycznie i biła mnie, odkąd tylko skończyłam cztery lata. Okładając mnie powtarzała: „Jesteś grzeczną, małą dziewczynką”. Jak miałam w to wierzyć? Pamiętam, jak kiedyś siedziała na sofie, klinując mnie między stopami i popychając mocno na stolik. Cały czas mówiła jedno, a robiła drugie. Pamiętam, jak wtedy sobie myślałam: „Jak to możliwe, że to mi robisz, skoro myślisz, że jestem grzeczną dziewczynką?”

Deidre, 21 lat

Zdrada, podstęp, kłamstwa i sprzeczne komunikaty – te słowa, choć brzmią, jak wyjęte żywcem z powieści sensacyjnej o Jamesie Bondzie, opisują niestety znacznie mniej atrakcyjną rzeczywistość. To rodzaje interakcji zachodzących między rodzicami alkoholikami a ich dziećmi.

Przypadki opisane powyżej to autentyczne przykłady sprzecznych komunikatów otrzymywanych przez dzieci. W poprzednim rozdziale opisaliśmy, jak dzieci z rodzin alkoholowych uczą się odgrywania ról, które pozwalają im przetrwać i reagować na chorobę alkoholową. W niniejszym rozdziale zajmiemy się zaś emocjami leżącymi głębiej niż fałszywe tożsamości i przeanalizujemy wpływ alkoholizmu na rozwój psychiczny dzieci z rodzin alkoholowych. Wszystkie dzieci doświadczają strachu, gniewu, niepewności, zakłopotania czy wstydu. Natomiast w przypadku dzieci z rodzin alkoholowych wszystkie te emocje przeżywane są częściej, głębiej i intensywniej niż u większości dzieci. Ich uczucia, osobowości i zachowania kształtowane są bardziej przez alkoholizm niż jakikolwiek inny czynnik (badania National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1981). Picie rodziców staje się głównym motorem napędowym życia dzieci, ponieważ wszystko się wokół niego obraca. Życie z rodzicem alkoholikiem – co nie powinno nas dziwić – może poważnie zaszkodzić psychologicznemu rozwojowi dziecka.

Życie dzieci z rodzin alkoholowych przyrównać można do losu poranionych psychicznie weteranów wojennych. Zespół stresu pourazowego (PTSD) występuje, gdy powracający z wojny weterani mają trudności w przystosowaniu się do cywilnego życia. Tak, jak żołnierze doświadczający stresu na polu walki, tak i napięcie dzieci z rodzin alkoholowych wykracza poza normalne ludzkie doświadczenia. Objawy identyczne jak w PTSD towarzyszą im także w dorosłym życiu aż do chwili, w której szukają pomocy i rozumieją, że

ich dzieciństwo nie było normalne i zdrowe.

Psychologiczne pole bitwy

„Biegłem na linii ognia
Próbując wygładzić to, co powiedziane,
Próbując zdobyć medal,
Próbując dostać rykoszetem w głowę.
Myślałem, że mam obowiązek błagać i przepraszać –
Wszystko znosiłem w dzieciństwie,
Ale nie zniosę ani odrobiny więcej,
Bo wpadłem w krzyżowy ogień
Waszej potajemnej wojny.”

David Wilcox, Covert War (Potajemna Wojna).

® 1991, Irving Music, Inc. oraz Midnight Ocean Bonfire Music (BMI).
Wszelkie prawa zastrzeżone. Międzynarodowe prawa autorskie chronione.

W trakcie dorastania każde dziecko musi siłować się z procesem przystosowania psychicznego. W rodzinach alkoholowych jednak wszelkie przeciwności życia codziennego okazują się trudniejsze niż gdzie indziej, zgodnie ze słowami powyższej ballady. Na przykład obecność konfliktu rodzinnego obciąża niewiarygodnie silnym psychologicznym stresem i napięciem jej członków. Często spotykaną metaforą życia w domu alkoholika jest psychologiczne pole bitwy, na którym w walce o przetrwanie każdy – mężczyzna, kobieta i dziecko – walczy sam za siebie. Dzieci muszą zwykle wybierać rodzica, za którym staną. Bywa też, że walka toczy się między dorosłymi a dziećmi, a rany zadawane są często i powszechnie. Ross

zarzucał matce, że zawsze staje po stronie pijącego męża, choćby i wiedziała, że nie ma on racji. Postrzegał takie zachowanie jak zdradę i wyznaczał w sercu linię frontu przebiegającą między nim a rodzicami. Zdystansował się od obydwójga rodziców, wycofując za mury gniewu. Inne dzieci żaliły się, że rodzice traktowali ich jak powierników, wykorzystując w rozgrywkach między sobą.

Każdy, kto żyje w rodzinie alkoholowej, odczuwa wpływ alkoholizmu. Nie jest więc niczym niezwykłym pretensja wielu dzieci alkoholików, że z rodzicem niepijącym trudniej się mieszka niż z pijącym. Pewnego dnia dziesięcioletni Carlos przerwał dyskusję podczas spotkania terapeutycznego dzieci z rodzin alkoholowych. „Chcę się czegoś dowiedzieć”, powiedział stanowczo. „Dlaczego moja matka jest taka dokuczliwa? Zawsze czegoś się czepia i próbuje zacząć kłótnię, a przecież nawet nie pije”.

„Czy to brzmi dla was znajomo?” – zapytano resztę dzieci, które potwierdziły. Carlos odczuł ulgę dowiadując się, że nie jest sam. Rozmowa o nieznośnym współzależnym rodzicu pomogła dzieciom zrozumieć jeszcze jeden element choroby.

Współzależni rodzice reagują irytacją z powodu zmęczenia ciągłą walką. Potrafią przyznać w rozmowie, że czują z powodu zachowań pijącego małżonka niepokój, nerwowość i napięcie. Mimowolnie przenoszą te emocje na dzieci, ponieważ własne rozdrażnienie przyczynia się do wybuchu złości na dziecko pod najdrobniejszym pretekstem. Wśród żon alkoholików powszechnie występuje także silna

depresja, toteż dzieci często żyją z dwojgiem dysfunkcyjnych rodziców – jedno z nich nie sprawuje rodzicielskiej opieki ze względu na nadużywanie alkoholu, a drugie nie może zapewnić bufora psychologicznego z powodu objawów depresji (Wilson, Oxford, 1978). Niektórzy rodzice ukrywają swoje stargane nerwy przed dziećmi, wypierając chorobę i zajmując się wyłącznie potrzebami dziecka. Ostatecznie prowadzi to do wybuchów irytacji i złości, których dzieci nie rozumieją (Wilson, Orford, 1978). Fakt, że niepijący rodzic nie potrafi zapewnić psychologicznego bufora między dzieckiem a drugim rodzicem, pijącym, niesie ważne implikacje dla rozwoju psychospołecznego dzieci w rodzinach alkoholowych. Rodzina podzielona i taka, w której dzieciom brak bliskiej relacji z co najmniej jednym rodzicem, to czynnik wysoce przyczyniający się do problemów dziecka z przystosowaniem się – znacznie bardziej niż alkoholizm (Braithwaite, Devine, 1993). Interwencje w rodzinach alkoholowych kierowane są zwykle przeciw zachowaniom pijącego alkoholika oraz/lub ku ochronie dziecka przed szkodliwymi konsekwencjami tych zachowań. Ważnym jest jednak także, by profesjonalni opiekunowie wiedzieli, że interwencje mogą koncentrować się na wzmacnianiu potencjału i zasobów rodzica niepijącego, który będzie w stanie efektywnie zadbać o siebie, a w dalszej perspektywie także zapewnić dzieciom lepszą opiekę rodzicielską.

Współzależnieni rodzice desperacko walczą o utrzymanie pozorów normalności i chcą, aby wszystko

funkcjonowało tak jak kiedyś. Tak się na tym koncentrują, że nawet najmniejsze odejście od normy wyprowadza ich z równowagi. Wobec dzieci przejawiają pozorną postawę obojętności, wyrażaną słowami „Rób co chcesz, ale nie przeszkadzaj mi”. Cała ich uwaga skupia się na alkoholiku, toteż dzieci czują się zaniedbane, niechciane, niekochane i niegodne miłości. „Chciałem tylko dowiedzieć się, co zrobiłem nie tak” – mawiał Carlos.

Rodzice współuzależnieni gotowi są posunąć się ekstremalnie daleko, nawet rozpocząć wojnę psychologiczną, aby utrzymać w rodzinie spokój. Czasem odrzucają swoje najważniejsze wartości, kłamią i poświęcają szczęście dziecka. W innych sytuacjach, jak w przypadku Reksa, kłamią, aby uniknąć gniewu współmałżonka, choćby narażało to dziecko. Z kolei – jak w rodzinie Ricka – alkoholicy również potrafią kłamać raniąc najbliższych. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby alkoholicy mogą doświadczać *blackoutów* – zaburzeń pamięci, urwanego filmu z czasu, gdy są pijani. Takich wspomnień nie są w stanie już odzyskać, toteż mogą być autentycznie przekonani o własnej niewinności.

Rozwój mechanizmu zaprzeczania

Podtrzymywanie klimatu emocjonalnego rodziny to jedno z jej czterech najważniejszych zadań. Aby je zrealizować, rodzina powinna rozwinąć strategie rozwiązywania konfliktów, nieodłącznie towarzyszących wspólnemu życiu. Rodziny alkoholowe są jednak bardziej skłonne wdrażać

strategie zmierzające do unikania konfliktów niż w produktywnym sensie stawiać im czoło i szukać rozwiązania.

Zaprzeczenie stanowi najczęściej używany w rodzinach alkoholowych środek zarządzania konfliktem. Rodziny formułują jawne bądź niejawne zasady regulujące dopuszczalne reakcje na waśnie. Najpowszechniej spotykana zasada brzmi najprawdopodobniej: „nie wygadaj się”. Szukając złagodzenia problemów rodzinnych osoby współuzależnione udają, że wszystko jest w porządku oraz nalegają, by dzieci również postrzegały sytuację w ten sposób. Zatem gdy dzieci próbują złamać wyżej wspomniany zakaz „gadania” i uczciwie porozmawiać o problemach związanych z alkoholem, ich postrzeganie rzeczywistości jest podważane. Rodzic współuzależniony przekonuje dziecko, że „twój ojciec nie jest alkoholikiem, choruje na depresję” lub „matka wcale tak dużo nie pije”.

Zaprzeczanie alkoholizmowi w obrębie rodziny obejmuje także stosowanie strategii kozła ofiarnego. Sprzeczkę dotyczącą alkoholu spychane są na margines, a uwaga przemieszcza się z alkoholika na problematyczne zachowanie innego członka rodziny – zwykle dziecka, któremu przypisano rolę ofiarnego kozła. W rezultacie zmniejsza się chwilowo rodzinne napięcie i niepokój dotyczący alkoholizmu. Ostatecznie jednak związany z nim stres i konflikty eskalują ponownie, a proces projekcji trzeba powtórzyć.

Ironią losu jest fakt, iż choć negacja problemu pomaga

rodzinom radzić sobie z bólem, umożliwia także dalsze trwanie choroby. Współuzależnieni rodzice zaprzeczają temu, co dzieci widzą na własne oczy, a to je dezorientuje i prowadzi do braku zaufania dla własnego osądu. Dzieci zaczynają wypierać podejrzenia i marginalizować swoje uczucia. „Skoro mama tak mówi, chyba nie jest jeszcze tak źle, jak myślałem”. Dzieci powszechnie dzielą sobie osobowość pijącego rodzica na „dobrą” i „złą” połowę, bagatelizując wagę własnych emocji wiążących się z jego piciem. Jeszcze przed ukończeniem dziewięciu lat wiele dzieci z rodzin alkoholowych rutynowo umniejsza własne spostrzeżenia, wątpiąc jednocześnie w słowa osób z zewnątrz próbujących przekonać je o problemie alkoholowym rodzica. Zaprzeczają i kłamią także w relacjach z rówieśnikami, ponieważ chcą ukryć bolesną rzeczywistość, w jakiej zmuszone są żyć.

„Są zawstydzone sekretem podtrzymywanym przez rodzinę, który izoluje je od otoczenia; odczuwają gniew i poczucie winy; uczą się zaprzeczania istnieniu problemu i własnym związanym z nim uczuciom; odczuwają silne poczucie lojalności, które czyni z jakiegokolwiek ujawnienia sekretu zdradę; mają wrażenie bezsilności.”

(Deutsch, 1982, s. 96).

Dzieci uczą także mechanizmu zaprzeczania swe młodsze rodzeństwo lub innych członków rodziny. W grupie terapeutycznej często spotykaną taktyką starszych dzieci jest

deprecjonowanie wypowiedzi młodszego rodzeństwa. Dzieci w wieku powyżej dziesięciu lat mogą nieustannie krytykować młodszego brata czy siostrę za złamanie zasady o „niewygadywaniu”, nawet, jeżeli rodzinne tajemnice zostają wyjawione w grupie złożonej wyłącznie z dzieci z rodzin alkoholowych, gdzie zapewnioną mają pełną prywatność. Młodsza siostra jedenastoletniego Mallory’ego szczerze opowiadała o swych najskrytszych uczuciach związanych z rodziną. Chłopiec wielokrotnie próbował ją uciszyć za pomocą niewerbalnych wskazówek – unosił brwi, rzucał gniewne spojrzenia. Gdy to nie pomogło, próbował słownych ostrzeżeń i reprimendy, a wreszcie posunął się do gróźb fizycznych. Rozwój mechanizmu zaprzeczania towarzyszącego alkoholizmowi powoduje, że z psychologicznego punktu widzenia rodziny alkoholowe wykształcają w sobie odmienne cechy niż rodziny zdrowe. Sytuacja, w której dziecko dorasta w rodzinie stosującej zaprzeczanie konfliktom wywołanym przez alkoholizm, wywiera na nie długotrwały negatywny wpływ. Dzieci uczą się, że spory są normalną częścią życia rodzinnego tylko wtedy, gdy rodzina radzi sobie z nimi bez zaprzeczania – nawet, jeśli pojawiają się rany, z czasem się goją. Tymczasem w przypadku negacji i spychania konfliktu na bok dzieci zaczynają myśleć, że należy go unikać za wszelką cenę, gdyż jest tak mroczny i niebezpieczny. Wtedy rany emocjonalne jątrzą się. W rodzinach, które pozwalają wszystkim członkom pracować nad konfliktem w sposób sprawiedliwy i produktywny, członkowie nabierają poczucia

własnej wartości i czują akceptację. Natomiast jeżeli rzeczywistość ulega wypaczeniu na oczach dziecka po to, by chronić rodzinę przed związanym z alkoholizmem cierpieniem, zasiewane są ziarna nieadekwatności i zwątpienia. Dzieci z rodzin alkoholowych stosują lekcje z dzieciństwa także w dorosłym życiu. Jeżeli ich rodziną rządzi zaprzeczanie, niosą w dorosłość przekonanie, że konflikt to nic normalnego czy rozwiązywalnego, a także, że same sobie z nim nie poradzą. Konfliktów należy zatem unikać za wszelką cenę – nawet życia w kłamstwie.

Profil psychologiczny rodzin alkoholowych

Badania przeprowadzane wśród rodzin z problemem uzależnienia od substancji chemicznych wykazały obecność specyficznych wzorców interakcji, odróżniających je od rodzin zdrowych. Już od jakiegoś czasu wiemy, że obecność rodzica-alkoholika poważnie zakłóca rodzinne relacje, a zatem także szkodzi procesom rozwojowym dzieci (Braithwaite, Devine, 1993). Autorytety naukowe są zgodne, że w rodzinach alkoholowych występuje więcej konfliktów i dysfunkcji niż w zdrowych (Moos, Billings, 1982). Ostatnie badania dotyczące rodzin alkoholowych koncentrują się na konkretnych *mechanizmach* przyczyniających się do negatywnego związku między alkoholizmem dorosłego a problemami behawioralnymi czy emocjonalnymi dzieci. Udowodniono częstsze występowanie problemów małżeńskich; rodziny rozpadają się i są mniej szczęśliwe (Schulsinger, Knop, Goodwin, Teasdale, Mikkeisen, 1986).

W rodzinach, gdzie mężczyzna uzależnia się od alkoholu, częściej pojawiają się konflikty małżeńskie. Matki powszechniej zapadają w nich na depresję, a całe rodziny nie cieszą się wsparciem otoczenia i funkcjonują słabo (Tubman, 1993). Rodziny alkoholowe charakteryzuje brak spójności i dezorganizacja, brak chęci rozwoju intelektualnego i kontaktu z kulturą, ustawiczne konflikty (Clair, Genest, 1987). Częstość problemów emocjonalnych w rodzinach alkoholowych wynika z kłótni między rodzicami, zaniedbywania dzieci i zaabsorbowania całej rodziny nieodpowiedzialnymi wybrykami alkoholika (Venugopal, 1985). Dzieci z rodzin alkoholowych wychowują się w bardziej zaburzonych rodzinach, cechujących się wysoką liczbą sprzeczek, wyższym wskaźnikiem rozwodów oraz przedwczesnych zgonów rodziców czy rodzeństwa (Black, Bucky, Wilder-Padilla, 1986).

Margaret Cork zbadała w 1969 roku 115 dzieci z rodzin alkoholowych w wieku od 10 do 16 lat. Jej przełomowe opracowanie stwierdza, iż w większości rodzin brakowało solidarności, za to aż za dużo było w nich zamętu. Żaden nastolatek nie określił swej rodziny słowem „normalna” w rozmowie z badaczką. Relacje między rodzeństwem charakteryzowało znaczne napięcie, ciągłe walki i kłótnie identyczne z waśniami rodziców, co prowadziło do postępujących emocjonalnych problemów u wszystkich członków rodziny. Cork uznała także, że głęboko zakorzeniona agresja i uczucie frustracji wzbudzały u starszych dzieci z rodzin alkoholowych bardzo oczywistą

potrzebę dominacji nad młodszym rodzeństwem. Badanie wykazało też wykraczającą poza normy skłonność do niezgody oraz izolacji występującą u braci i sióstr w każdym wieku. Zamiast ciepła i miłości, rodzeństwo okazywało sobie silną niechęć i wrogość.

W porównaniu do ojców niepijących, alkoholicy częściej stosują w procesie wychowawczym ośmieszanie, odrzucenie, szorstkość i lekceważenie (Udayakumar, Mohan, Shariff, Sekar, Eswari, 1984). Jakościowe badanie dynamiczne przeprowadzone na parach ojców alkoholików – synów pokazało, jak dzieci wyrażają negatywne opinie na temat pijących ojców (Seilhamer, Jacob, Dunn, 1993). Jeden z chłopców ujawnił, że ojciec „zachowuje się dziwnie i straszy rodzinę, a na mnie wrzeszczy, gdy tylko się ruszę”. Także podejście matek alcoholiczek cechuje mniejsza akceptacja, częstsze odrzucenie dzieci, surowsza dyscyplina lub większa nadopiekuńczość niż te wykazywane przez matki niepijące. Alkoholiczki mają tendencję do zachowań konfliktowych (Krauthamer, 1979).

Alkoholizm negatywnie wpływa na zachowania rodzicielskie poprzez wymuszanie wzajemnych transakcji dokonywanych przez dzieci i rodzica (Pelham, Lang, 1993). Rodzic nadużywający alkoholu będzie najprawdopodobniej w skrzywiony sposób postrzegał zachowania dzieci. Zachowanie normalne dla danego etapu rozwojowego dziecka zinterpretuje jako naumyślne sprzeciwianie się. Doprowadzi to do zastosowania nieefektywnych, niewłaściwych strategii wychowawczych. Natomiast

w reakcji na rodzicielskie kary dzieci wypracują zachowania odbiegające od normy. Poziom złości rodzica, a także spożycia alkoholu wzrosnie wskutek nietypowego zachowania dziecka. Obie strony uczestniczą zatem w pewnego rodzaju uzależnieniu, co odzwierciedla skomplikowane interakcje umiejętności wychowawczych i interpersonalnych, rodzinnych źródeł stresu i zachowania dziecka. W domach zdominowanych przez alkoholizm takie interakcje prowadzą do dysfunkcji rodzinnych (Pelham, Lang, 1993).

Urazy emocjonalne

Dorastanie w rodzinie alkoholowej przeważnie wyrządza dzieciom emocjonalne, a czasem także i fizyczne krzywdy. Niezależnie od motywów dorosłych wpływ wywierany na dzieci jest taki sam; zachowanie dorosłych wywołuje u nich powódź silnych emocji sięgających od buntu po rezygnację. Uczucia, doświadczane stale w okresie dzieciństwa i przenoszone w dorosłość, zakłócają możliwość nawiązania zdrowych relacji z przyjaciółmi, małżonkami czy innymi ukochanymi osobami.

Gniew

Dzieci najczęściej reagują na rodzicielski alkoholizm gniewem. Gdy już nauczą się, że otwarte wyrażanie złości jest zakazane, często przykrywają maską fałszywych uśmiechów gniew żywiony w ukryciu. Jego częściowo omówione przyczyny bywają różnorakie: zdrada, sprzeczne

komunikaty, złamane obietnice czy brak poparcia okazywanego dziecku podczas kłótni. Często źródłem gniewu jest także niszczenie osobistych przedmiotów dzieci, które permanentnie opowiadają terapeutom, że czują się, jakby nic do nich nie należało. Przedmioty – takie jak bębny Ricka – są w domu pełnym przemocy potencjalnym celem narażonym na zdewastowanie.

Dziesięcioletni Carlos opowiedział, jak ojciec upił się kiedyś i zdemolował dom, niszcząc między innymi ukochaną kolekcję kaset magnetofonowych syna, zbieranych od miesięcy. Carlos poczuł tak intensywny gniew, że w szkole zaczął walić w metalowy znak ostrzegawczy, aż złamał palec. Dzieci odczuwają złość także wtedy, gdy alkoholik wrzeszczy lub bije innych członków rodziny. Aby wyrazić gniew, używają zwykle słów takich, jak „szaleństwo” i „nienawiść”, choć pod spodem kryją się warstwy smutku i poczucia krzywdy.

Lęk i niepokój

Dzieci z rodzin alkoholowych to dzieci, które lękają się i boją tego, co dzieje się w domu. Życie w rodzinach z problemem uzależnienia od substancji chemicznych zmienia się jak na huśtawce, co wywołuje niepokój. Nieufność i strach stają się typowymi reakcjami dzieci na nieprzewidziane okoliczności. Poczucie nadchodzącej katastrofy staje się niewidzialnym towarzyszem tych dzieci, wraz z przemocą psychiczną i fizyczną, a czasem także seksualną. Jane opowiadała:

Ciągle żyłam w przestachu, że ojciec znów się upije. Za każdym razem było coraz gorzej. Umiąłem rozpoznać pewne zapowiedzi i oznaki – czasem mówił, że czuje się bardzo szczęśliwy. Wtedy wiedziałam, że zaraz się zacznie, bo ojciec wcale nie był szczęśliwym człowiekiem. Kiedy nagle kończył czytać gazetę albo zakładał pewną czerwoną kamizelkę, wiedziałam, że zaraz zacznie znowu.

Większość dzieci z rodzin alkoholowych widuje rodziców tracących kontrolę nad sobą i stosujących przemoc. Wiele było – więcej niż raz – policzkowanych, bitych, szturchanych. Dzieci mogą lękać się, że mama zaśnie z zapalonym papierosem i spali dom, albo że conocne kłótnie doprowadzą do urazów fizycznych. Boją się też, że koledzy zorientują się, co się dzieje; ich relacje z rówieśnikami w wysokim stopniu opierają się na niepewności, niepokoju i braku zaufania (Cork, 1969). Dzieci z rodzin alkoholowych częściej generalizują swój niepokój i rozwijają bezpodstawne lęki bez uzasadnionych podstaw (Haberman, 1966).

Poczucie winy

Dzieci z rodzin alkoholowych nagminnie obwiniają się za spowodowanie alkoholizmu rodzica. Nie wiedząc, że mają do czynienia z chorobą, czują się winne i odpowiedzialne za picie dorosłego oraz wierzą, że mogą namówić go do rzucenia picia. Trina opowiadała:

Myślałam, że jeśli choć spróbuję odciążyć trochę mamę, przestanie pić. Myślałam, że jeśli wysilę się bardziej i posprzątam pokój, dostanę dobre oceny i będę pomagać w domu, ułatwię jej życie. Ale nie – nic się nie zmieniło.

Smutek i depresja

Uczucie, które dzieci nazywają smutkiem, a dorośli depresją, to zwyczajna reakcja emocjonalna na nadużywanie alkoholu przez rodzica i wynikające z niego konflikty (Clair, Genest, 1987; Moos, Billings, 1982). Alkoholizm rodzica prowadzi do rozbicia rodziny, wobec czego dzieci dystansują się zarówno fizycznie (dzieci zagubione), jak i psychologicznie (maskotki) i/lub społecznie (dzieci zbuntowane). Ich strategie obliczone na przetrwanie służą zatem odłączeniu od głównego źródła wsparcia i pomocy wychowawczej, jakim jest w naszym społeczeństwie rodzina. W rezultacie, brak bezpieczeństwa psychicznego może u dzieci z rodzin alkoholowych prowadzić do depresji (Braithwaite, Devine, 1993). Częściej niż rówieśnicy z rodzin niealkoholowych, opisują one swoje dzieciństwo jako nieszczęśliwe, a warunki domowe jako chaotyczne (Callan, Jackson, 1986; Schulsinger i in., 1986). Dwukrotnie częściej niż dzieci ze zdrowych rodzin zapadają też na depresję, przenosząc ją jak niechciane dziedzictwo także w dorosłość (Black i in., 1986). Pewne pocieszenie stanowi fakt, że dzieci z rodzin alkoholików poddających się leczeniu rzadziej cierpią na depresję niż te z rodzin alkoholików nieprzechodzących terapii (Moos, Bilings, 1982). Gdy rodzice

otrzymają pomoc, sytuacja w domu może się poprawić, ale zarówno dzieci leczących, jak i nieleczących się alkoholików potrzebują własnych programów terapeutycznych. Powinny otrzymać pomoc w zakresie zmian wprowadzanych przez rodziców i nawarstwionych wewnętrznie niewyrażonych emocji.

Dezorientacja

Mała Molly była ożywioną dziewięciolatką. Aż podskoczyła z radości, gdy mama zawołała ją szeroko rozwierając ramiona: „Chodź, kochanie, daj buziaka! Mamusia bardzo cię kocha!”. Zamiast spodziewanego bezpieczeństwa i ciepła matczynych objęć, Molly dostała mocny policzek i szyderczą reprimendę: „Jesteś niegrzeczną dziewczynką!”. Molly poczuła w oddechu matki zapach alkoholu, znów została oszukana. Dopiero gdy skończyła 14 lat, mogła położyć kres udawanym zaproszeniom matki kończącym się biciem. Sama uderzyła ją w głowę najmocniej, jak się dało. Nigdy potem nie została już zbita.

W piekle dezorientacji dzieci z rodzin alkoholowych wciągają podstawowe cechy alkoholizmu – niestabilność i nieprzewidywalność rodziców. Alkoholicy notorycznie ulegają wahaniom nastroju, a w alkoholowym ciągu łamią obietnice. Ich dzieci bardzo wcześnie dowiadują się, o co chodziło w historii Dr. Jekylla i Mr. Hyde’a. Okazuje się, że mają co najmniej trójkę różnych rodziców: tego niepijącego, alkoholika trzeźwego i alkoholika pijanego. Czasami, gdy obydwójce rodziców piją, dzieci muszą lawirować między

wieloma różnymi osobowościami. Sytuacja przypomina położenie schizofrenika – wahania nastroju rodziców są nieprzewidywalne, a ich oczekiwania niespójne. Dzieci stąpają po cienkim lodzie, próbując zgadnąć, czego rodzice sobie życzą. Jest to bardzo trudne zadanie, zwłaszcza dla dzieci w wieku przedszkolnym, które właśnie zaczęły odróżniać dobro od zła. Potrzebują jasnych komunikatów, żeby uwierzyć w siebie i podejmować ryzyko kontaktów społecznych, okazywania uczuć i dzielenia się nimi. Dzieciom starszym jest również trudno, nauczyły się już bowiem w sposób konkretny myśleć o świecie oraz zrozumiały, że elementy rzeczywistości można kategoryzować i porządkować. W szkole istnieją reguły dobrego i złego zachowania, prawo rozróżnia czyny właściwe i niewłaściwe, a moralność – kategorie dobra i zła. W domu jednak nie ma jasnych i przejrzystych zasad, brakuje porządku i reguł. Jeżeli jakieś zostaną jednak ustalone, będą podlegać codziennym zmianom, a dzieci muszą domyślać się, co robić, tkwiąc w niepewności. Życie dzieci z rodzin alkoholowych jest zatem wielokrotnie bardziej złożone niż ich rówieśników z niealkoholowych rodzin, ponieważ dorastają w niepewności, czym jest „normalność” i jak należy postępować w rozmaitych sytuacjach.

W badaniu Margaret Cork (1969) 94% nastolatków uznało niekonsekwencję rodziców za najważniejszy problem wpływający z alkoholizmu. Także współzależni rodzice wysyłają sprzeczne, niespójne komunikaty. Dzieci natomiast czują dezorientację i gniew wobec rodziców, którzy je

zdradzają i oszukują.

Wstyd i izolacja

Roger zawsze narzekał na spotkaniach grupowych, że inne dzieci śmieją się z jego pijanego ojca. Odczuwał bardzo mocne zawstydzenie. Lęk przed wstydem powoduje, że dzieci z rodzin alkoholowych izolują się od rówieśników w okresie, kiedy inni zawiązują i utrwalają przyjacielskie relacje (Cork, 1969). Ograniczeniu podlega wolność spotykania się z przyjaciółmi i odwzajemniania ich przyjaźni (Wilson, Orford, 1978). Możliwość sformowania normalnych relacji jest także mniejsza, ponieważ dzieci starają się ukryć alkoholizm rodziców. Nie przyprowadzą kolegów do domu w przestrachu przed możliwym zawstydzającym niekontrolowanym zachowaniem pijącego rodzica. Ojciec-alkoholik Maca wyrzucił jego kolegów z domu. Matka Patti natomiast flirtowała po pijanemu z nastoletnimi chłopakami córki. Candace stwierdziła, że nie lubi, gdy tato zjawia się na szkolnych przedstawieniach, bo kiedyś zawstydził ją przychodząc pijany. Zachwiał się i przewrócił u wyjścia z klasy, na oczach wszystkich kolegów i koleżanek córki, którzy zareagowali chichotami i głupimi dowcipami. Teraz Candace jest tak nieśmiała i wycofana, że zamiast mówić szepcze. Deidre była wyśmiewana przez rówieśników w szkole:

Picie ojca przynosiło mi wielki wstyd. Tata zachowywał się jak szaleniec. Dzieciaki w szkole wyśmiewały się ze mnie,

mówiąc: „Daj mi trochę tego, co pije twój tata”. Dlatego nie chciałam, żeby ktokolwiek odwiedzał mnie w domu. Cała ta sytuacja miała na mnie paskudny wpływ. Mieszkanie z nim było torturą. Całymi nocami nie sypiał, tylko gadał do siebie i wybuchał śmiechem – jakby opętał go demon.

Kiedy Deidre opuściła wreszcie dom i trafiła pod opiekę dziadków, zabrała poczucie zawstydzienia ze sobą.

Pamiętam, że w szkole kłamałam w odpowiedzi na pytania dzieciaków i nauczycieli o to, z kim mieszkam. Mówiłam, że z mamą, tatą i małym braciszkiem. Wstydziałam się mieszkania z dziadkami, bo chciałybym mieć normalną rodzinę jak wszyscy. Pamiętam, że kłamałam wielokrotnie.

W odpowiedzi na wstyd i zażenowanie dzieci zwykle wycofują się w głąb siebie i izolują od rówieśników. Znacznie większą uwagę przywiązują do własnych myśli niż do tego, co dzieje się wokół (Fine, Yudin, Holmes, Heinemann, 1976). Wiele z nich obudowuje się murem, aby chronić się przed rodzicem alkoholikiem. Emocje trafiają do swoistej zamrażarki albo sejfu zamkniętego na cztery spusty. Niektóre dzieci otwierają sejf dopiero w wieku 30 czy 40 lat. Inne, niestety, nigdy tego nie zrobią.

Żal

- To, że pochodzę z rodziny alkoholowej sprawia, że pragnę być zupełnie inna niż moi rodzice - powiedziała Deidre.

Chciałabym mieć rodzinę, ponieważ nigdy nie miałam swojej. Nigdy nie uważałam się za część żadnej rodziny, a własnej pragnę ponad wszystko. Sądzę, że nie byłoby to dla mnie tak ważne, gdybym otrzymała szansę na mieszkanie z rodzicami w normalnym domu.

Żal jest reakcją emocjonalną doświadczaną przez większość dzieci z rodzin alkoholowych w różnym stopniu. Odzywa się w nich tęsknota za normalnym rodzinnym życiem, a także za utraconym doświadczeniem magicznego, radosnego i beztrudnego dzieciństwa. Utrata rodzica na rzecz alkoholu jest dla dziecka ogromną traumą, porównywalną do straty ukochanej osoby przez śmierć lub rozwód (Black, 1987). Dzieci z rodzin alkoholowych doświadczają uczucia straty na różnych poziomach i bez przerwy w okresie, w którym rozwija się ich poczucie własnej tożsamości i wartości. Przez proces żałoby przechodzą zwykle w pełni dopiero w okresie dojrzewania, co tylko zwiększa nastoletni zamęt w ich głowach. Zdaniem Priesta (1985) nastolatki czują się dezorientowane, gdy odczuwają żal z powodu utraty rodzica, który jest w zasadzie obecny fizycznie. Emocje związane z żalem wydają się nie mieć dla nastolatka podstaw, a kwestia straty pozostaje nierozwiązana.

Funkcjonowanie psychiczne

Konsekwencją stresów i napięć związanych z dorastaniem w rodzinie alkoholowej są liczne dziecięce problemy. Wiele z nich otrzymuje emocjonalne ciosy pozostawiające trwałe ślady, toteż przez życie idą kulejąc i przeżywając trudności z powodu upośledzenia różnych funkcji psychicznych. Charakteryzuje je nie tylko niska samoocena, ale także poczucie braku kontroli nad własnym życiem, niewielkie umiejętności, by stawić czoło trudnym sytuacjom oraz kłopoty w relacjach interpersonalnych.

Czynniki wpływające na rozwój psychiczny

Powyższe kwestie świadczą o raczej ponurych perspektywach życiowych malujących się przed dziećmi z rodzin alkoholowych. Zanim omówimy ich funkcjonowanie psychiczne, należy dodać, że nie wszystkie pasują do opisanego wzorca – niektóre dzieci nie poddają się niszcącemu wpływowi choroby. Badania naukowe wskazują, iż negatywny wpływ na rozwój psychiczny wywierają rozmaite czynniki, działające osobno lub jednocześnie. Zalicza się do nich płeć dziecka (Werner, 1986), płeć pijącego rodzica (Steinhausen, Gobel, Nestler, 1984; Werner, 1986), wiek dziecka (Werner, 1986), socjoekonomiczny status rodziny oraz picie jednego bądź obojga rodziców (Parker, Harford, 1987), kolor skóry (Ackerman, 1987), kolejność, w jakiej dziecko przyszło na świat (Keltner, McIntyre, Gee, 1986), czynniki konstytucjonalne (Tabakoff i in., 1988), czynniki łagodzące,

np. obecność innych ludzi lub instytucji mających pomóc dziecku (Ackerman, 1987) oraz ewentualna terapia zdrowiejącego alkoholika (Callan, Jackson, 1986; Moos, Billings, 1982).

Literatura psychiatryczna zwraca uwagę na trend korelujący zaburzenia zachowania u dzieci z alkoholizmem ojca, a zaburzenia emocjonalne z alkoholizmem matki. W przypadku, gdy piją obydwój rodzice, oba rodzaje zaburzeń występują z jednakową częstością (Steinhausen i in., 1984). W tym ostatnim przypadku dzieci cierpią z powodu poważniejszych zaburzeń i wyższego poziomu agresji niż takie, które dorastają w domu z jednym alkoholikiem lub zdrowymi rodzicami (McKenna, Pickens, 1983). Relacje rodzinne polepszają się, jeżeli rodzic alkoholik podda się terapii. Dzieci leczących się alkoholików zgłaszały nawet podobne opinie dotyczące poziomu szczęścia i jedności rodziny, co ich rówieśnicy z domów, gdzie się nie pije (Callan, Jackson, 1986). Oceniały swe życia jako szczęśliwsze niż dzieci z rodzin, w których ojcowie nadal pili. Zdrowie i funkcjonowanie psychiczne dzieci z rodzin leczących się alkoholików również przypomina sytuację dzieci z domów niealkoholowych (Moos, Billings, 1982).

Z drugiej strony jednak w badaniach prowadzonych na rodzinach, gdzie terapia się nie powiodła i alkoholik ponownie zaczął pić, rodzice opisywali mniejszą rodzinną jedność i skłonność do wyrażania uczuć. Dzieci nie zachęcano tam do niezależności i osiągania sukcesów, a sfery moralno-religijna, intelektualno-kulturalna czy

rekreacyjno-sportowa nie liczyły się tak bardzo, jak w domach niealkoholowych (Moos, Billings, 1982). Dzieci z takich rodzin częściej zapadały na depresję i lęki, a także przejawiały więcej problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Najwyższe ryzyko powstania problemów związanych z alkoholem wypływa z kombinacji pochodzenia z rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym oraz posiadania dwojga rodziców-alkoholików (Parker, Harford, 1987). Znaczenie w procesie przystosowania ma także kolejność, w jakiej dzieci przychodzą na świat. Naukowcy twierdzą, że dzieci średnie i najmłodsze częściej cierpią z powodu problemów psychologicznych wynikających z życia w rodzinie alkoholowej. Najstarsze dzieci są bardziej odporne (Keltner i in., 1986). W połowie lat 80. socjologowie wyodrębnili grupę dzieci określanych jako odporne i mniej wrażliwe na urazy. Poniższa ramka prezentuje wyniki przeprowadzonych badań i czynniki powiązane z życiem tej grupy dzieci.

Dzieci z rodzin alkoholowych odporne na urazy psychiczne

Badania dotyczące dziecięcego rozwoju skupiały się początkowo na identyfikacji czynników ryzyka obecnych w życiu dziecka, tj. takich cech dziecięcego środowiska, które zwiększały prawdopodobieństwo wystąpienia

zaburzeń rozwojowych, jak np. poważne problemy emocjonalne w późniejszym życiu. Do czynników ryzyka zalicza się alkoholizm rodziców, nałogi, choroby psychiczne, przemoc domową oraz rozwód rodziców. W ostatnich badaniach sugeruje się, iż perspektywa koncentrująca się na czynnikach ryzykach sama w sobie może stawiać dziecko w niekorzystnym położeniu, ponieważ kreuje założenia, że dziecku nie powiedzie się w życiu (Butler, 1997). Dalsze badania zwróciły się zatem w kierunku wyjaśniania, dlaczego niektóre dzieci odnoszą sukces w życiu pomimo wielu czynników ryzyka obecnych w ich domach rodzinnych. Jakie czynniki pozwalają dzieciom dorastającym w trudnych warunkach, np. w rodzinach alkoholowych, uciec od mrocznej przeszłości i zbudować sobie zdrową przyszłość?

Literatura psychiatryczna i socjologiczna wyodrębnia grupę dzieci odpornych – takich, które wychowywane w najgorszych warunkach osiągają zadziwiające sukcesy mimo przeciwności. Określenie „odporne psychicznie” równoznaczne jest w literaturze z „niewrażliwym na ciosy”, „elastycznym”, a w nowszych pracach także z „transcendentnym” dzieckiem. Podstawową cechą takiej młodzieży jest umiejętność radzenia sobie ze stresem i reagowania na niego w wyjątkowy sposób. Mimo że dzieci wznoszą się w skrajnie traumatyzującym otoczeniu, czyli stresogennej rodzinie alkoholowej, opisuje się je jako odporne na ów stres.

Butler (1997, s. 25) sugeruje, że dzieci odporne opisać

można także zwrotami rodem z nauk fizycznych: dzieci te są „samoprostujące się” i „jak sprężyny powracają do pierwotnych kształtów” po bolesnych ciosach otrzymanych w dzieciństwie. Potrafią także „z powrotem wskoczyć” na właściwą drogę po natrafieniu na przeszkody (Wolin, Wolin, 1993). Rubin (1996) opisuje transcendentne dzieci jako takie, które upadają siedem razy, ale podnoszą się osiem. Anthony (1978) podaje różnice między wrażliwymi na ciosy a odpornymi dziećmi, porównując je do lalek ze szkła, plastiku i stali. Szklane lalki tłuką się pod wpływem stresujących doświadczeń dzieciństwa. Lalki plastikowe uszkodzone zostają na trwałe, a stalowe – odporne na szkodliwe wpływy otoczenia – są niezniszczalne. Wrażliwe szklane dzieci załamują się całkowicie. Plastikowe ponoszą ogromne szkody, a stalowe nawet w warunkach chaotycznych i trudnych rozwijają się dobrze.

Dzieci transcendentne charakteryzuje kilka cech wspólnych. Są dobrze przystosowane społecznie, zachowują się naturalnie i zarażają swoją swobodą innych. W towarzystwie bywają bardzo lubiane przez rówieśników i dorosłych ze względu na przyjazne nastawienie. Ich samoocena jest pozytywna, mają także poczucie osobistego wpływu na bieg wydarzeń wokół (wewnętrzne centrum kontroli). Takie cechy kontrastują silnie z poczuciem bezsilności spotykanym wśród dzieci podatnych na urazy psychiczne. Odporne dzieci prócz poczucia kontroli posiadają także potrzebę pomocy osobom w kłopotach. W środowisku stresującym potrafią się

zdystansować i odłączyć, co wiąże się z silniejszą niezależnością i bardziej obiektywnym zrozumieniem otoczenia oraz warunków zewnętrznych. Dzieci z wyższym poziomem odporności odnoszą sukcesy w szkole i dostają wyższe oceny, a później znakomicie rozwijają się zawodowo. W jakiś sposób domowe nieszczęścia nie zabijają w nich ani zdolności intelektualnych, ani kreatywnych. Większość takich dzieci mimo nieodpowiednich zachowań rodzicielskich i zamętu w domu wyrasta na kompetentnych dorosłych bez urazów psychicznych.

Emmy Werner (1986) przez 18 lat obserwowała 49 dzieci pochodzących z rodzin alkoholowych. Zauważyła, że u niektórych z nich rozwinęły się poważne psychologiczne zaburzenia, podczas gdy inne zachowały odporność. Dzieci zostały zakwalifikowane do grupy silniejszych dzięki wywiadom i analizie ocen – wykazującym postępy w nauce i brak problemów psychicznych oraz rozwojowych. Radziły sobie dobrze w szkole, w pracy i życiu towarzyskim, a cele na przyszłość formułowały w sposób realistyczny. Inne cechy odróżniające dzieci odporne od tych wrażliwszych (u których przed ukończeniem 18. roku życia wystąpiły niepożądane zachowania i problemy psychologiczne) obejmowały:

- przyjemniejsze usposobienie w pierwszym roku życia,
- mniej kłopotów w relacjach rodzinnych w okresie dojrzewania,
- silniejsze poczucie dobrostanu, własnej wartości

i higieny psychicznej,

- większa odpowiedzialność, rozwinięte umiejętności społeczne, troska,
- nastawienie na sukces.

Dzieci odporne psychicznie przypominają dzieci bohaterów omówionych w rozdziale 3. Z pozoru funkcjonują wyjątkowo skutecznie; profesjoniści muszą jednak ostrożnie interpretować sytuację i poczekać na dalsze wyniki badań nad tą konkretną grupą. Wiemy, że odporność dzieci bohaterów wyływa z głęboko ukrytego poczucia nieadekwatności i niskiej samooceny. W wielu przypadkach niewrażliwość może okazać się maską wewnętrznego bólu, który dzieci odporne zmuszone są ukrywać. Terapeuci powinni zatem ostrożnie klasyfikować dzieci jako transcendentne, zwłaszcza gdyby miało to oznaczać zlekceważenie ich z uwagi na inne dzieci w rodzinie – bardziej wrażliwe, wymagające więcej pomocy. W rzeczywistości dzieciom, które nie są w stanie okazać własnej wrażliwości, pomoc może być potrzebna bardziej. Najlepiej zatem, by profesjoniści zapewniali dzieciom szansę na rozwój talentów i umiejętności, ale także na wprowadzenie równowagi w życiu osobistym.

Wnioski badaczki Lilian Rubin (1996) wyprowadzone z badania na dorosłych, którzy pokonali deficyty traumatycznego dzieciństwa, sugerują, iż czynniki socjologiczne i psychologiczne towarzyszące dorastaniu mogą pomóc dzieciom znieść ból doświadczenia dojrzewania w domu alkoholika. Choć nasze predyspozycje

genetyczne z pewnością wpływają na to, jak postrzegamy świat i na niego reagujemy, z drugiej strony społeczne i psychologiczne warunki, w jakim żyjemy, również o tym decydują. Rubin badając kobiety i mężczyzn zauważyła, że cechy osobowości i warunki socjalne pozwoliły im rozkwitnąć jako dorosłym, nawet pomimo wzrastania w ekstremalnie zaburzonych środowiskach. Badaczka zidentyfikowała, jakie warunki zostały spełnione przez te jednostki, które przeszły trudne dzieciństwo, a z bolesnej przeszłości wykuły dostatecznie radosną, dobrze funkcjonującą dorosłość. Po pierwsze, odporne psychicznie dzieci **są w stanie zostawić swoje rodziny za sobą**. Proces ten rozpoczynają już we wczesnym wieku, kiedy to sytuują się na marginesie rodziny i na pozycji obserwatorów, „z rodziną, ale nie jako jej część”. Umiejętność zrozumienia przez dziecko, że ból i cierpienie rodzinne są niesprawiedliwe i nie może się za nie obwiniać, jest ważnym etapem w przepracowywaniu przeszłości. Ceną, jaką trzeba zapłacić, jest izolacja, ale nagrodą – wolność niezależnego myślenia i działania, osobno wobec rodzinnej patologii. Jedna z córek matki alkoholiczki ubrała to w słowa następująco:

- Myślę, że bardzo, bardzo wcześnie zrozumiałam, że nie ponoszę całej odpowiedzialności za wszystkie złe rzeczy, które mi się przydarzały... Pojęłam, że aby utrzymać się przy zdrowych zmysłach, muszę się zdystansować. Choć nasz dom był zwariowany, w pewnym sensie dzięki

chaosowi mieliśmy wiele wolności. Zaniedbanie miało swoje dobre strony, od początku uczyłam się, jak być maksymalnie niezależną. To była jedna z bardzo ważnych umiejętności życiowych, które pozwoliły mi się pozbierać i pójść naprzód.

Zdystansowanie się od rodzin dysfunkcyjnych pozwala dzieciom odpornym **szukać oraz znaleźć alternatywne źródła komfortu, sensu przynależności oraz wsparcia**. Takim źródłem może być nauczyciel, sąsiadka, przyjaciel, który odgrywa ważną rolę w życiu dziecka, ale także inny obszar życia: szkoła, kościół albo społeczność lokalna. Choć nie mamy tu do czynienia z funkcjonowaniem w rodzinie, dzieci zyskują większe poczucie efektywności działania oraz autonomiczny obraz siebie.

Jednostkowe cechy osobowościowe i zasoby psychiczne także przyczyniają się do wzmacniania umiejętności pozostawienia bolesnego dzieciństwa za sobą. Choć transcendentne dzieci są w rodzinie outsiderami, dorastając wytwarzają w sobie cechę, którą Rubin (1996) nazywa adaptowalnością. Mają dar przyciągania do siebie takich osób, które pomogą im wypełnić luki pozostawione przez przeszłość. Potrafią także zaakceptować to, co oferują inni; korzystają z ich darów dzięki gotowości na ryzyko intymności w relacjach międzyludzkich.

Dodatkowo dzieci odporne psychicznie niosą w dorosłość **poczucie misji**. Chcą czuć się potrzebne i przysłużyć sprawie ważniejszej od nich samych. Wynika to

z wdzięczności, odczuwanej na myśl o udanej ucieczce od bólu dzieciństwa, a także z motywacji – mogą wykorzystać przeszłość, aby zmienić teraźniejszość swoją i innych.

Dzieci transcendentne nie zapominają swojego dzieciństwa, ani nie kwestionują surowych warunków, w jakich się wychowały. Potrafią jednak wyciągnąć z przeszłości konstruktywne wnioski. Odseparowując się od rodzin i poszukując źródła sensu, znajdują poczucie przynależności gdzie indziej, a życie uznają za coś więcej niż tylko indywidualne trwanie. Dzieci wykorzystują zatem bolesne doświadczenia dzieciństwa, aby pielęgnować w sobie siłę, konieczną przy pozostawianiu dzieciństwa za sobą w drodze do satysfakcjonującej dorosłości.

Jasnym jest wobec tego, że odporność psychiczna i pozostawianie traumy za sobą to nie stany, a procesy angażujące niektóre dzieci. Ich wewnętrzne i wrodzone cechy osobowości łączą się z zewnętrznym wsparciem, dzięki czemu powstają ścieżki rozwoju – interaktywne, wzajemnie wzmacniające się, elastyczne. Prowadzą do znacznie bardziej pozytywnych skutków, niż można by się spodziewać u dzieci z tak bolesną przeszłością (Werner i Smith, 1992). Zrozumienie, że odporność można nabyć na wiele sposobów, może pomóc w bardziej globalnej analizie środowiska dziecka i jego indywidualnej historii. Spojrzenie na potencjalne interakcje między tymi dwoma czynnikami pomaga zidentyfikować najlepszą metodę pomocy dla dzieci z rodzin alkoholowych, które zostawiają za sobą trudne dzieciństwo (Butler, 1997; Rubin, 1996).

Samoocena

Dzieci dorastające w rodzinach alkoholowych często cierpią z powodu poważnych zaburzeń samooceny. Aby ją określić, klinicyści korzystają ze skali samooceny SES Rosenberga. Nawet pobieżna analiza wyników badań klinicznych potwierdza, że dzieci mają niskie mniemanie o sobie. Także badania socjologiczne wskazują, że dzieci z rodzin alkoholowych myślą o sobie o wiele bardziej krytycznie niż ich rówieśnicy z niepijących rodzin. Jedną z pierwszych publikacji na ten temat stwierdza, że 54 dzieci leczących się alkoholików charakteryzowała niższa samoocena niż taką samą liczbę dzieci niealkoholików (McLachlan, Walderman, Thomas, 1973). Dzieci z rodzin alkoholowych oceniały stabilizację własnych rodzin o wiele gorzej niż innych, zgłaszały też znacznie większe zakłócenia relacji z pijącym rodzicem. Jeśli alkoholik poddał się terapii, relacje rodzinne polepszały się znacząco. Młodzież z domów leczących się oraz nieleczących się alkoholików zgłaszała jednak niższy poziom samooceny niż dzieci z rodzin niealkoholowych. Inne badania porównywały 54 dzieci z rodzin alkoholowych z grupą 129 rówieśników z niepijących domów (DiCicco, Davis, Orenstein, 1984). W zasadzie w każdej skali samooceny dzieci te uzyskiwały niższe wyniki. W badaniu z 1998 roku dzieci ze szkół podstawowych i ponadpodstawowych również zgłaszały niższy poziom samoakceptacji niż rówieśnicy (Post,

Robinson, 1998).

Na samoocenę dzieci z rodzin alkoholowych składają się wszystkie opisane w powyższym rozdziale czynniki. Zdenerwowany niepijący rodzic nigdy nie ma dla dziecka czasu, a pijący w nieprzewidywalny sposób nagle zmienia osobowość, a także nigdy nie dotrzymuje słowa; dzieci obwiniają się i winią za spowodowanie picia, z którym w parze idą zdrady i niechęć. W towarzystwie przyjaciół i kolegów dzieci czują zażenowanie, bo pijący rodzic jest skazą na obrazie całej rodziny. Każdy z powyższych czynników przyczynia się do niskiego poczucia własnej wartości u dziecka. Jeżeli dziecko nie potrafi (już dłużej) oddzielać powyższych i im podobnych wydarzeń od własnej osoby, zaczyna je internalizować jako upokorzenie i wstyd. Dzieci czują, że nie są zbyt wiele warte, a wstyd trafia do ich samoświadomości.

Jest jednak nadzieja. Zgodnie z tekstem zawartym w ramce powyżej, badania udowadniają, że wyższa samoocena stanowiła najważniejszy czynnik rozróżniający odporne psychicznie dzieci (chłopców i dziewczynki w wieku poniżej 18 lat) od dzieci podatnych na urazy, którzy do osiągnięcia pełnoletności wykazywały trudności w funkcjonowaniu (Werner, 1986). Im więcej dowiadujemy się o dzieciach odpornych, tym większa szansa na poprawę samooceny i losu dzieci z rodzin alkoholowych. Kolejne krzepiące badanie stwierdza, że samoocena dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych (DDA) może być niższa lub wyższa – w zależności od tego, czy ich stan wymagał terapii. Dorosłe

dzieci z rodzin alkoholowych podczas leczenia mają niższą samoocenę niż dzieci niealkoholików. Natomiast DDA, które nie podejmowały terapii, cieszyły się taką samą wysoką samooceną oraz nawet wyższą zdolnością nawiązywania bliższych kontaktów niż dorośli z rodzin niealkoholowych (Barnard, Spoentgen, 1987).

Centrum kontroli

Kontrola jest dla dzieci z rodzin alkoholowych sprawą niezwykle ważną, przede wszystkim ze względu na ich doświadczenia z jednym lub obojgiem rodziców, którzy bezowocnie zmagają się z kontrolowaniem własnego życia. Dzieci zyskują *wewnętrzne centrum kontroli* wtedy, gdy tworzy się w nich poczucie władzy nad otoczeniem zdominowanym przez alkohol. Zaczynają wierzyć, że to ich własne działania będą przynosić pozytywne lub negatywne konsekwencje. Jeżeli natomiast dziecko posiada *zewnątrzne centrum kontroli*, nie ma możliwości panowania nad swoim życiem i uważa, że to zewnętrzne siły sterują jego przeznaczeniem. W rezultacie częściej eksternalizują odpowiedzialność, poddają się okolicznościom, czy zdają bezwolnie na przypadek i los.

Czy dzieci z rodzin alkoholowych kontrolują swoje życie, czy też kołyszą się bezwolnie na fali codzienności? Ogólnie rzecz biorąc wyniki badań wskazują, że dzieci wychowywane w rodzinach z problemem uzależnienia od substancji chemicznych charakteryzuje wyższa eksternalizacja, niż te ze zdrowych domów. Joseph Kern oraz współpracownicy: C.A.

Hassett i P.J. Collipp, obserwowali 40 dzieci, w wieku od 8 do 13 lat w dwóch grupach, po połowie. W badaniu zastosowano test sprawdzający, jakie centrum kontroli posiadają badane dzieci pochodzące z rodzin alkoholowych, a jakie te z domów zdrowych. Wnioski wysnute z rezultatów badania sugerują, że dzieci z rodzin alkoholowych o wiele bardziej niż grupa kontrolna umiejscowiły swoje centra kontroli na zewnątrz. Czuły się osobiście mniej odpowiedzialne za wydarzenia kształtujące ich codzienność, a także mniej ją kontrolowały. Poczucie pozostawania pod kontrolą innych prowadzi zwykle do zaniku inicjatywy i manewrowania w świecie w dążeniu do własnej korzyści.

Kolejne badania potwierdziły założenie, że dzieciom z rodzin alkoholowych brakuje prawdziwego poczucia kontroli nad własnym życiem (w porównaniu z dziećmi z niealkoholowych domów, DiCicco i in., 1984; Post, Robinson, 1998; Prewett, Spence, Chaknis, 1981). Zdaniem naukowców różnice w funkcjonowaniu psychicznym wynikają z niedokończonych socjalizacji dzieci z rodzin alkoholowych. Ze względu na stresy i napięcia związane z dorastaniem, dzieci te czują się sparaliżowane i bezsilne, próbują rozwinąć w sobie umiejętność zarządzania własnym życiem. Niektórzy eksperci sądzą, że to ten właśnie czynnik może prowokować nagminne występowanie alkoholizmu wśród nich (Kern i in., 1981). Badacze zgodnie twierdzą, iż dzieci z rodzin alkoholowych generalnie nie uważają się za zdolne do przejęcia kontroli nad swym losem.

Wyjątkiem od powyższej tezy są jednak przypadki dzieci

odpornych psychicznie i mieszkających ze zdrowiejącymi alkoholikami. Te ostatnie charakteryzuje większa wewnętrzna kontrola, są także przedmiotem silniejszych uczuć rodzicielskich ze strony leczących się ojców lub matek niż dzieci aktywnych alkoholików. Dzieci odporne w badaniach dotyczących centrum kontroli osiągają wyniki podobne do dzieci ze zdrowych rodzin. Rzadko wierzą, że przypadek i pech stanowią w życiu czynniki determinujące szczęście. W przeciwieństwie do młodzieży, która przed osiągnięciem pełnoletności zmagają się z zaburzeniami rozwojowymi, dzieci odporne uważają, że ich własne działania przynoszą im samym pozytywne lub negatywne skutki (Werner, 1986).

Problemy w relacjach interpersonalnych

Interakcje rodzinne wpływają na ton i jakość relacji, jakie dziecko nawiązuje z osobami spoza rodziny. Niestety domy alkoholików nie zapewniają dzieciom optymalnego treningu umiejętności nawiązywania zdrowych relacji, gdyż brakuje w nich zwykle pozytywnych modeli ról rodzicielskich. Nieufność okazywana rodzicom rozszerza się na innych dorosłych – nauczycieli, doradców, rodziców kolegów czy duchownych – co prowadzi do ogólnej niechęci wobec autorytetów i niemożności podporządkowania się nim (Cork, 1969). Relacje z rodzeństwem to pierwsze ważne związki, w jakie wchodzi dziecko, ponieważ przygotowują je na późniejsze interakcje z różnorodnymi ludźmi poza domem (Flake-Hobson i in., 1983). W rodzinach z problemem

uzależnienia od substancji chemicznych relacje z rodzeństwem często charakteryzują konflikty i niezgoda. Dzieci z rodzin alkoholowych trudno jest w rezultacie powyższego nawiązać w dzieciństwie i młodości przyjaźnie. Kolegów i koleżanki odstraszaają dziwaczne zachowania pijącego rodzica, ze strony którego narażeni są nawet na wyzwiska czy wyśmiewanie (Cork, 1969). Niektóre z tych dzieci nie mają czasu na przyjaźń ze względu na obowiązki domowe.

Blizny, jakie pozostają po walkach toczonych w takich domach, utrudniają tym dzieciom rozwijanie intymnych relacji opartych na zaufaniu. Zrozumiałym jest zatem, że także w okresie dojrzewania i dorosłości niełatwo im znajdować kolegów, wyrażać potrzebę intymności i utrzymywać zdrowe związki. Badania nad interakcjami okresu dorastania wskazują, iż aż 87% nastolatków z rodzin alkoholowych nawiązuje nieefektywne relacje z rówieśnikami (Booz-Allen i Hamilton, Inc., 1974). Natomiast 64% zgłaszało problemy ze związkami z płcią przeciwną wypływające z podejrzliwości i braku zaufania. Deidre, obecnie 21-letnia dziewczyna, przeniosła w dorosłość nieufność wobec związków intymnych:

Mój terapeuta ocenił, że gdy byłam malutka, aby przetrwać musiałam podjąć określone decyzje, które nie powinny jednak rządzić resztą mego życia. Muszę się z nimi pożegnać. Na przykład z pomysłem, że jestem niekochana, i nie mogę ufać temu, kto mówi, że mnie

kocha.

W badaniu nad grupą 409 dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych stwierdzono, że respondenci w słabszym stopniu komunikują się z rodzicami, sąsiadami, rówieśnikami, nauczycielami, doradcami czy rodzicami znajomych w porównaniu z grupą kontrolną dorosłych dzieci z rodzin niealkoholowych (Black i in., 1986). DDA podają „problemy z ufaniem innym” za czynnik najbardziej wyróżniający je spośród całej grupy dorosłych.

Porady dla opiekunów i terapeutów

Profesjoniści nie są w stanie sprawić, że alkoholizm zniknie z życia dziecka, ani zmienić stanu rzeczy w domu. Mogą jednak pomóc. Najpierw powinni zaakceptować fakt, że wobec alkoholizmu rodzica są równie bezsilni, co członkowie rodziny – niezależnie, czy sami są nauczycielami, doradcami, pracownikami socjalnymi lub służby zdrowia, duchownymi itp. Nikt poza alkoholem nie może powstrzymać picia. Profesjoniści, którzy przyjęli powyższe do wiadomości, mogą skoncentrować się na możliwie najlepszym sposobie pomagania dzieciom, to jest umożliwianiu im zadbania o siebie, nawet w trudnej sytuacji domowej. Terapeuci muszą jednak pamiętać, że na każde dziecko wpływa kombinacja różnorodnych czynników dotyczących samych dzieci, ich rodziców, rodziny, społeczności i sąsiedztwa. Żaden z tych elementów nie powinien być pominięty przy analizie możliwości pomocy

dzieciom z rodzin alkoholowych w dostosowaniu się do swej sytuacji.

Dzieci z rodzin alkoholowych nie proszą zwykle o pomoc. Nie mają dostatecznych zasobów emocjonalnych oraz chęci wykorzystania systemu wsparcia obecnego wokół. Tłumią bądź minimalizują swoje uczucia (Black, 1987). Dlatego też to profesjonaliści powinni zrobić pierwszy krok. Poniższe wskazówki sprawiają, że będzie to krok we właściwym kierunku.

- Stosuj etykietę „dziecka odpornego psychicznie” ostrożnie, ponieważ zawiera komunikat, że niektóre dzieci z rodzin alkoholowych nie potrzebują specjalnej uwagi lub pomocy. Nikt mieszkający w domu z problemem uzależnienia nie wychodzi z tego bez szwanku.
- Wypatruj dzieci, które mógłbyś lub mogłabyś uznać za szczególnie odporne. Upewnij się, że otrzymają tyle uwagi, ile inne dzieci. W ich życiu ogromną różnicę może zrobić bliska relacja z choćby jedną osobą dorosłą.
- Zapewnij dzieci, że alkoholizm bierze się z problemów rodziców i pomóż im zrozumieć, że one same nie są odpowiedzialne za zachowanie rodziców. Nie spowodowały także i nie będą w stanie kontrolować czy wyleczyć choroby. Pomoże im to zrozumieć, że nie powinny wstydzić się rodziców, których zachowania są odrębną, niezależną kwestią.
- Pomóż dzieciom w uzyskaniu poczucia panowania nad własnym środowiskiem. Daj im możliwość dokonania

wyboru, stawiaj przed dostosowanymi do poziomu rozwojowego wyzwaniami, aby ćwiczyły umiejętność zarządzania i kontrolowania swego życia. Dzięki prostym decyzjom podejmowanym np. w klasie dzieci zyskują na autonomii, co przełamuje lęk i zależność. Przedszkolaki mogą wybrać sobie, w co się angażować podczas swobodnej zabawy, dzieci w wieku szkolnym – jak spędzać czas w szkole, na boisku, a starsze dzieci, jaki temat pracy pisemnej najbardziej im odpowiada. Tego typu proste decyzje dają dzieciom możliwość samodzielnego kierowania życiem.

- Stwórz z dzieckiem relację indywidualną, porozumiewajcie się na poziomie uczuć. Dołóż starań, by kochać dziecko – okaż, że jest dla ciebie ważne i wartościowe, uśmiechaj się, przytulaj, chwal i zwracaj uwagę na właściwe zachowania. Nie próbuj jednak działać jak matka czy ojciec. Nie będziesz w stanie zastąpić pijącego rodzica, zatem nie próbuj. Jeżeli pozwolisz na zbyt dużą zależność dziecka wobec siebie, wyrządzisz mu krzywdę. Będzie musiało radzić sobie z alkoholizmem jeszcze na długo po tym, jak wasze drogi się rozejdą.
- Unikaj nadopiekuńczych działań w stosunku do dzieci. Pamiętaj, że wymagają cierpliwości, a ich zachowanie może od czasu do czasu podlegać regresji do mniej dojrzałego poziomu. Wyznacz jasne, niezmiennie reguły. Nawet, jeżeli będą mieć problem z ich przestrzeganiem, nie możesz po prostu „spuścić ich ze smyczy”.

- Ucz o tym, jak wyglądają inne rodziny, za pomocą książeczek dla dzieci. Bywa, że prócz alkoholizmu rodzinne relacje komplikuje także separacja lub rozwód, dzieci otrzymują więc podwójny cios. Potrzeba im wyjątkowej uwagi nie tylko ze względu na urazy związane z piciem, ale i z rozpadem rodziny. Pomóż dzieciom z rodzin alkoholowych i innym dzieciom z rodzin niepełnych i zastępczych zrozumieć, że na świecie istnieje wiele rodzajów rodzin. Zwłaszcza te dzieci powinny dowiedzieć się, że nie ma rodziny idealnej. Jeżeli dowiedzą się, jak wyglądają typowe i nietypowe domy (mimo że same nigdy w idealnej rodzinie nie żyły), uzyskają ich bardziej realistyczny, a mniej idealistyczny obraz potrzebny w okresie dorosłości.
- Zrozum, że niegrzeczne zachowania nie oznaczają od razu, że dziecko jest zupełnie i dogłębnie zepsute. Jeżeli dziesięciolatek sprawia poważne trudności wychowawcze w szkole, być może po prostu woła o pomoc. Życzliwość, wskazówki i troska nauczyciela mogą okazać się bardzo użyteczne. Badania wskazują, że jeżeli alkoholik podda się leczeniu, a dzieci otrzymają potrzebną pomoc, poprawia się funkcjonowanie rodziny. Dzieci stają się szczęśliwsze i łatwiej się przystosowują.
- Pomóż dzieciom rozpoznać i wyrazić uczucia, rozwiązywać konflikty i panować nad swoim otoczeniem. Zajęcia kreatywne, literatura dziecięca oraz zabawa bardzo pomagają – zwłaszcza twórcza

ekspresja sprawia, że rośnie autonomia i samoocena dziecka. Pomagają także w ogólnym rozwoju psychicznym. Rick napisał na przykład wiersz, który dał mu możliwość konstruktywnego wyrażenia gniewu i frustracji wypływających z mieszkania z babcią alkoholicką.

- Pozwól dzieciom na samotność i zapewnij im prywatność, gdy jej potrzebują. Zbyt wiele czasu spędzanego samotnie może być jednak powodem do niepokoju. Należy dążyć do zachowania równowagi między czasem spędzonym samemu oraz wśród innych.
- Pomóż dzieciom rozwijać uczucie zaufania. W domu alkoholowym często dochodzi do łamania obietnic. Dzieci z rodzin alkoholowych sądzą, że nie mogą ufać ani swoim rodzicom, ani innym dorosłym. Wprowadzenie do waszej relacji zaufania może być dla dziecka najpiękniejszym podarunkiem pod warunkiem, że będziesz zachowywać się konsekwentnie. Nie można mówić jednego, a robić drugiego; dana dziecku obietnica musi być dotrzymana, choćby chodziło o najdrobniejszą rzecz. Nigdy nie obiecuj, jeżeli nie będziesz w stanie tego dotrzymać.
- W klasie lekcyjnej niech dzieci czują się bezpiecznie i pewnie. To miejsce relaksu i cieszenia się nauką, w którym obowiązują przewidywalne zasady. Jeżeli w jakimś wyjątkowym przypadku reguły trzeba zmienić, postaraj się wcześniej uprzedzić dzieci i wyjaśnić im, dlaczego tak się dzieje.

- Pozwól dzieciom na zabawę, zabawę i jeszcze raz zabawę. Dzieci z rodzin alkoholowych nie mają zwykle do niej okazji, a czas spędzany z wami może być ich jedyną wolną chwilą. Jest im trudniej niż rówieśnikom po prostu dobrze się bawić i odprężyć. Twoim zadaniem może być nauczyć je bawić się krok po kroku, tak by czerpały z tego przyjemność. Włącz w program zajęć ciekawe aktywności, dowcipy i śmieszne historyjki. Śmiech odgrywa rolę terapeutyczną, a poczucie humoru stanowi potężne antidotum na stres.
- Ćwiczenia budujące samoocenę są ważne w przypadku wrażliwych dzieci z rodzin alkoholowych, mających niskie wyobrażenie o sobie.
- Dowiedz się więcej na temat metod wsparcia emocjonalnego i psychoedukacji. Niech niepijący rodzice skutecznie wykorzystują źródła wsparcia społecznego, a także ograniczają stres i zagrożenie depresji. Takie wysiłki mogą wystarczająco wzmocnić relacje rodzinne, toteż wpływ rodzica alkoholika na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka zostanie złagodzony (Tubman, 1993).

ZAGROŻENIA ROZWOJOWE I BEHAWIORALNE

PRZYPADEK 5.1

Ted, jeden z uczniów z mojej pierwszej klasy, miał wszelkie symptomy dziecka żyjącego w środowisku aktywnych alkoholików. Zdradzał oznaki rażącego zaniedbania ze strony rodziców. Szczycił się tym, że ani w domu, ani w szkole nie musi robić niczego, na co nie ma ochoty. Pozwalano mu walać się po okolicy bez żadnego nadzoru; mógł się kłaść się spać tak późno, jak chciał. Chłopak przechwalał się, że mama dała mu raz nawet papierosa, aby sobie zapalił. Do szkoły przychodził w wyświechtanym i podartym ubraniu. Niezawiązane sznurowadła butów wlokły się zazwyczaj za nim po ziemi. W koszulach prześwitywały dziury, w spodenkach brakowało kieszeni albo pętelek do przytrzymywania paska. Twarz miał często umazaną resztkami jedzenia, poza tym po prostu

śmierdział, gdyż się nie kąpał i nie zmieniał ubrania. Pewnego ranka pokazał mi poważne oparzenie na klatce piersiowej – mówił, że to od piecyka olejowego. Po tym poparzeniu mogły mu pozostać trwałe blizny.

Ted był kłótniwy i nie miał ochoty współpracować ani z kolegami z klasy, ani z nauczycielami. Pod wpływem oglądanych do późna programów dla dorosłych stale zagadywał inne dzieci na tematy seksualne, a także dotykał małe dziewczynki w sposób wskazujący na agresję seksualną. Ted nie miał dobrych kontaktów z kolegami z klasy. Jego wulgarne słownictwo w połączeniu z niemiłym zapachem i ordynarnymi żartami sprawiły, że inne dzieci nie lubiły go i odrzucały.

Ted absorbował stale moją uwagę, gdyż kradł i kłamał. Chociaż korzystał w szkole z bezpłatnych obiadów, regularnie kradł kanapki i obiad innym dzieciom. Pewnego dnia zobaczyłam, jak Ted, który właśnie zjadł cały obiad, szpera w tornistrach i kieszeniach kurtek kolegów. Ukradł im i zjadł trzy jabłka, kanapkę i trzy pęczki marchewek. Z klasy zaczęły znikać nowoczesne zabawki i cenne rzeczy, jak zegarek elektroniczny. Dałam Tedowi trochę używanych ubrań – koszulki i spodnie. W końcu jednak dotarło do mnie, że chłopak zabiera do domu rzeczy należące do innych dzieci i mówi swojej matce, że to ja dałam mu te zabawki tak samo, jak ubrania. Przy różnych okazjach przechwalał się pracą wykonaną przez inne dzieci i mówił osobom wizytującym naszą klasę, że to on namalował obrazek lub napisał tekst będący w rzeczywistości dziełem innego ucznia. Ted

zachowywał się zresztą nieznośnie nie tylko na terenie szkoły, lecz również w całej okolicy. Pewnego razu, bawiąc się zapałkami, rozniecił ogień i trzeba było wzywać straż pożarną, by ugasiła pożar lasu.

Ted miał trudności z koncentracją uwagi i zbierał złe stopnie. Nie potrafił skupić się dłużej niż przez chwilę i był w nieustannym ruchu – chyba, że spał. Często zasypiał na lekcjach albo po prostu odmawiał wykonywania poleceń. Pod koniec roku dało się u niego zauważyć pewną poprawę w czytaniu, ale pozostawał w tyle za innymi dziećmi. Nadal nie potrafił skojarzyć pisanych cyfr z liczbą pokazywanych przedmiotów. Został w pierwszej klasie na drugi rok.

Judy Watson, nauczycielka pierwszych klas

A. Zdrowie i bezpieczeństwo

U niektórych dzieci z rodzin alkoholowych problemom psychologicznym towarzyszą poważne zaburzenia zdrowia i brak poczucia bezpieczeństwa. Domy alkoholików zasadniczo nie zapewniają bezpieczeństwa psychicznego, natomiast generują wysoki poziom stresu, a ten prowadzi do wielu somatycznych zaburzeń stanu zdrowia dziecka. W szkole, gdzie dzieci spędzają przeważającą część tygodnia, najłatwiej zauważyć takie problemy. Przewlekły stres i słabe zdrowie przeszkadzają w nauce i nawiązywaniu dobrych relacji międzyludzkich. Od czasu do czasu chorowitość dziecka wynika z przyczyn biologicznych, których nie da się całkowicie wyeliminować, jak w opisanym poniżej przypadku Sheili. Częściej jednak problemy powstające w szkole są

konsekwencją niestabilnych warunków rodzinnych, a zatem alkoholizmu.

Badania kliniczne i naukowe zgodnie potwierdzają, że dzieci z rodzin alkoholowych w porównaniu z dziećmi z rodzin zdrowych częściej zapadają na rozmaite choroby i cierpią na zaburzenia psychosomatyczne oraz kompulsywne. Jednym z powodów częstych i długich nieobecności w szkole jest choroba wywołana przez utratę odporności, ze względu na związane z alkoholem kłótnie, maltretowanie i zamęt w domu. Dzieci matek alkoholiczek pijących w trakcie ciąży obciąża także ryzyko alkoholowego zespołu płodowego.

FAS (alkoholowy zespół płodowy)

PRZYPADEK 5.2

Pięcioletnią Sheilę spotkałam po raz pierwszy na uroczystości rozpoczęcia roku szkolnego. Od razu zauważyłam, jak bardzo różni się od pozostałych dzieci w mojej grupie. Ważyła około 20 funtów, podczas gdy waga większości przedszkolaków wynosiła około 45. Nosła ubranka na rozmiar trzeci, a powinna nosić już szóstkę. Ubrania na niej po prostu wisiały, taka była drobniutka. Sądziłam, że być może ma anemię, więc wysłałam ją do pielęgniarki.

Dziewczynka nie potrafiła się skupić na niczym przez dłuższy czas ani zapamiętać nabytych umiejętności. Potrafiła zapamiętać coś na kilka sekund, ale zapytana ponownie o to samo za jakiś czas, nic już nie pamiętała. Gubiła ją

nerwowość, która czasami jeszcze się nasilała. Cały czas drżała, obgryzała paznokcie i miała rozbiegany wzrok. Potrafiła skupić uwagę jedynie na bardzo krótko, nie była w stanie przez dłuższy czas siedzieć lub stać nieruchomo. Woląca stać niż wykonywać jakąś pracę na siedząco. Preferowała zajęcia, w których mogła poruszać się po sali, jak na przykład oglądanie obrazków w bibliotece lub zabawy w części gospodarczej. Niezbyt chętnie i raczej rzadko bawiła się zabawkami wymagającymi zdolności manualnych. Nie umiała prawidłowo utrzymać w ręku kredki ani ołówka i ledwo potrafiła napisać swoje imię. Potrafiła napisać „s” – pierwszą literę swojego imienia, ale resztę liter pisała nieprawidłowo i w złej kolejności. Nie była w stanie zapamiętać ani odtworzyć właściwego układu liter, nie potrafiła zmieścić pisma między linijkami.

Gdy pielęgniarka ją badała, sama doszłam do wniosku (biorąc pod uwagę bardzo drobną budowę dziewczynki, jej nerwowość, wychudzenie oraz niemożność koncentracji), że Sheila cierpi na alkoholowy zespół płodowy. Pielęgniarka dowiedziała się, że dziewczynka faktycznie była córką alkoholiczki, a w czasie, gdy jej matka była z nią w ciąży, jej starszą siostrę zabrano do przytułku.

Okazało się, że obydwójce rodziców dziewczynki było alkoholikami, a Sheila i jej siostra same musiały się o siebie troszczyć. Same robiły sobie kanapki do szkoły i same się ubierały. Na zebrania rodziców matka dziewczynki zawsze przychodziła pijana. W trakcie spotkania stale powtarzała: „Kocham moją córeczkę. Jest moim szczęściem. Jest taka

słodka”. Czasami przytulała na chwilę dziewczynkę. Zachowywała się tak, jakby czuła się winna. Mówiła mi, że zauważyła, iż Sheila jest nerwowa i bardzo drobna jak na swój wiek, ale nie zdawała sobie sprawy z tego, że ten stan dziecka miał jakiś związek z jej piciem w czasie ciąży.

Złożyłam wizytę w domu dziewczynki pragnąc porozmawiać z jej rodzicami na temat nerwowości dziecka i problemów z koncentracją. Rodzice byli uprzedzeni o moim przyjeździe, jednak ojciec dziewczynki nie pozwolił mi wejść do środka, tłumacząc, że matka musiał gdzieś wyjść. Było widać, że pił alkohol i byłam przekonana, że matka leżała w domu pijana. Sheila podeszła do drzwi ubrana w szlafrok i brudną, podartą piżamę.

W domu śmierdziało naftą, której używano do ogrzewania pomieszczeń. Nerwowość dziewczynki miała przyczynę biologiczną – był to skutek picia matki w okresie ciąży, jednak w znacznym stopniu przyczyniły się do tego również warunki domowe. Przypuszczam, że z tego powodu Sheila może mieć poważne problemy także w pierwszej klasie.

Patti Young, przedszkolanka

Alkoholowy zespół płodowy (Fetal Alcohol Syndrome, FAS) jest skutkiem spożywania alkoholu przez matkę w okresie ciąży. Jako zespół zaburzeń został odkryty w 1973 roku, do tej pory jednak nie wiadomo, w jaki sposób alkohol przyczynia się do jego wystąpienia ani jaka dawka jest niebezpieczna dla płodu. Pomimo rosnącej świadomości niebezpieczeństwa związanego ze spożyciem alkoholu

w okresie prenatalnym, amerykańskie Narodowe Centra ds. Kontroli Chorób (NCDC) raportują, że w latach 1979–1993 liczba wystąpień FAS zwiększyła się prawie siedmiokrotnie („Spożycie alkoholu”, 1995). Noworodki z alkoholowym zespołem płodowym mają zwykle niską wagę urodzeniową i wolno rozwijają się fizycznie. Uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego powodują u nich rozdrażnienie, nadpobudliwość i upośledzenia rozwoju umysłowego (Steinhausen, Willms, Spohr, 1993). U dzieci z FAS spotyka się również wady serca, zaburzenia snu, niezwykle małych rozmiarów czaszki oraz anomalie w budowie twarzy. Te ostatnie obejmują nadmierne owłosienie, krótkie i wąskie szpary powiekowe, opadające powieki ze względu na nadmiar skóry w okolicy zmarszczki nakątnej, wygładzoną rynienkę nosową, spłaszczoną nasadę nosa, wąską górną wargę, nos krótki i zadarty, a także nierozwinięty podbródek (Holzman, 1983).

Prace badawcze wykazały, że długoterminowy wpływ FAS na zachowanie dziecka występuje w wieku przedszkolnym oraz szkolnym (Steinhausen i in., 1993). Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym nigdy nie zdrowieją w pełni, mogą jednakże wykazywać sporą poprawę w zakresie funkcji motorycznych, zdolności koncentracji uwagi oraz nawiązywania relacji z rodzeństwem czy rówieśnikami. Poprawia się u nich również kontrola nad temperamentem i lękami, a także potencjał intelektualny i umiejętności psycholingwistyczne (Steinhausen i in., 1984). Nie spada jednak intensywność nadpobudliwości. Z badań

oraz analizy przypadku Sheili wynika jasno, że FAS jako zespół wad wrodzonych ogranicza szanse dzieci na wysokie osiągnięcia w nauce szkolnej.

Zaburzenia psychosomatyczne

Dzieci z rodzin alkoholowych doświadczają nadmiernego poziomu stresu i napięć w domu, nagminnie tłumią niepokój i inne emocje kierując je do wewnątrz. W rezultacie pogarsza się ich stan zdrowia – nierzadko narzekają na bóle głowy, trudności z zasypianiem, znużenie, nudności, bóle brzucha i problemy związane z odżywianiem (Steinhausen, Nestler, Huth, 1982). Choć częściej szukają pomocy specjalistów w związku z powyższymi dolegliwościami, nie udaje się na ogół znaleźć fizycznej przyczyny ich psychosomatycznych dolegliwości. Żony i córki alkoholików powszechniej padają ofiarą zaburzeń psychosomatycznych niż synowie i mężowie alkoholiczek czy kobiety z niepijących domów. Częściej także szukają pomocy lekarskiej i otrzymują konkretne diagnozy (Biek, 1981; Roberts, Brent, 1982).

Dzieci z rodzin alkoholowych reagują także napięciem nerwowym na brak bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego w środowisku alkoholowym. Dzieci, które obawiają się o własne bezpieczeństwo, czy o życie któregoś z rodziców lub rodzeństwa, mają zszargane nerwy. Najbardziej zauważalnym objawem niepokoju są obgryzione paznokcie, a prócz nich typowe są także nerwowe tiki i drżenie, bóle głowy, bezsenność i problemy z trawieniem. Gail opowiadała, że szczególnie boi się w nocy. Wtedy

właśnie jej ojciec najwięcej pił, kłócił się i wdawał w brutalne szarpaniny z matką. Gail cierpiała na nerwowy rozstrój żołądka, a niekontrolowane ataki drżenia w szkole czasem nie pozwalały jej praktycznie utrzymać ołówka w ręce. Zadania pisemne kończyła w takich nerwach, że nauczycielom trudno było odczytać jej pismo. Uwielbiała jednak szkołę, którą postrzegała jako sanktuarium spokoju z dala od nieszczęśliwego domu. - *Moja terapeutka bardzo mi pomogła przy uspokojeniu nerwów – wyjaśniła. - Dała mi do czytania materiały na temat alkoholizmu, dużo też rozmawialiśmy.*

Terapeutka skierowała także Gail do grupy pomocowej dzieci z rodzin alkoholowych, toteż gdy dziewczynka zaczęła pracować aktywnie podczas terapii, wiele z jej nerwowych przyzwyczajzeń zniknęło.

U dzieci leczących się alkoholików nie występują opisane powyżej zaburzenia psychosomatyczne. Badania rodzin, w których alkoholicy poddali się terapii, nie znalazły znaczących różnic między dziećmi z rodzin alkoholików i niealkoholików w zakresie problemów zdrowotnych, zaburzeń osobowości czy problemów w szkole (McLachlan i in., 1973; Rimmer, 1982). Dzieci z rodzin alkoholowych leczących się zapadają wprawdzie na alergię, astmę, przeziębienia, ale z taką samą częstotliwością jak dzieci z rodzin niealkoholowych. To samo dotyczy nadwagi i niedowagi u tych dzieci (Moos, Billings, 1982). Natomiast w przypadku niepowodzenia terapii rodzica, dzieci z rodzin alkoholowych częściej zgłaszają zaburzenia

psychosomatyczne niż ich rówieśnicy z rodzin zdrowych.

Zaburzenia kompulsywne

Dzieci z rodzin alkoholowych podlegają również wysokiemu ryzyku popadnięcia w uzależnienia o podłożu psychicznym i fizycznym. W miarę upływu czasu coraz trudniej jest im odrzucać skłonność do perfekcjonizmu i zachowań kompulsywnych oraz przymus kontrolowania otoczenia – strategii, z których korzystały chcąc opanować chaotyczne środowisko domowe (O’Gorman, Oliver-Diaz, 1987). Przez wiele lat strategie te zapewniały względny komfort, toteż stają się integralną częścią ich osobowości. Jeśli nie leczy się ich w dzieciństwie, zaburzenia kompulsywne mogą stanowić w okresie dojrzewania i dorosłości źródło ogromnego stresu, przeradzają się bowiem w nałogi. Dzieci z rodzin alkoholowych nierzadko zagłuszają niepokój alkoholem i innymi używkami, a także przez intensywną pracę, jedzenie, seks i inne kompulsje. Istnieje wysokie niebezpieczeństwo, że popadną w uzależnienie od alkoholu, pracy, hazardu, zakupów, seksu lub narkotyków. Często występują u nich również zaburzenia odżywiania.

RAMKA 5.1

Kompulsywne objadanie się

Tak mój brat, jak i ja jesteśmy uzależnieni od jedzenia.

Przeszłam roczną terapię w Centrum Medycyny Behavioralnej, w grupie dla osób kompulsywnie objadających się. Rozmawiałam o alkoholizmie ojca podczas indywidualnych spotkań z terapeutą. Dopiero niedawno zorientowałam się, że cierpiałam z powodu niskiego poczucia własnej wartości i że kwestia jedzenia jest także z nim związana.

Z objadaniem się jest tak: gdy wkładasz do ust pierwszego orzeszka M&M's jesteś pewny, że dziewiętnasty z kolei będzie smakował jeszcze lepiej. Kiedy jem, czuję się dobrze i do pewnego momentu bardziej spokojnie. Potem jednak przychodzi poczucie winy, które zajadam. Kompulsywne objadanie się jest jak alkoholizm, narkotyki i wszelkie inne nałogi. Terapeuta uświadomił mnie, że nie wyrażałam tyle gniewu z powodu choroby ojca, ile – zazwyczaj – inni. Domyślałam się, że opychanie się jedzeniem wyływa częściowo z potrzeby tłumienia negatywnych uczuć. Myślę, że cały czas próbuję zapełnić pustkę jedzeniem. Stosowałam różne diety, głodziłam się, schudłam 25 funtów i próbowałam kontrolować swoją wagę.

Terapeuta zastosował hipnozę i cofnął mnie do chwili, kiedy zaczęłam się objadać. Przypomniałam sobie przedziwną sytuację; nagle cofnęłam się w czasie do piątej klasy. Siedzieliśmy w sali 5C u pani Autry. Jadaliśmy lunch jako ostatnia klasa, do sali wjeżdżały wielkie tace pełne domowych drożdżówek hojnie posmarowanych masłem. Panie kucharki zachęcały nas do zjedzenia wszystkich

pozostałych po innych dzieciach bułeczek. Chłopcy zawsze rzucali się na jedzenie, ale ja przyłączałam się do wyścigu, kto zje więcej. Pamiętam, jak pewnego dnia wygrałam z 14 drożdżówkami na deser po i tak już zjedzonym lunchu. W piątej klasie koszykówka szła mi bardzo dobrze. Byłam niska, ale bardzo zwinna i szybka; aż nagle z dnia na dzień stałam się okrągła jak piłka do gry. Pamiętam, jak dyrektor szkoły – który był jednocześnie trenerem drużyny koszykarskiej – powiedział, że jeśli zjem jeszcze jedną drożdżówkę, użyje mnie zamiast piłki. Wtedy zaczęła się historia mojego objadania się, na tyle, na ile pamiętam.

Przez ostatnie trzy lata, odkąd wróciłam do pracy, a moje najmłodsze dziecko poszło do przedszkola, czułam się niedobrze na samą myśl o odmawianiu sobie czegoś czy diecie. Spróbowałam więc wszystkich dostępnych cudownych środków i wzięłam udział w każdym programie odchudzającym w mieście. Podczas terapii myślałam o sobie: „Emma, do cholery, nie jesteś alkoholiczką. Odczuwasz przymus picia w taki sam sposób, jak przymus jedzenia albo mówienia, albo – jak kiedyś – palenia. Masz kompulsywną osobowość”.

Czytałam o tym, że dzieci z rodzin alkoholowych mają tendencję do zachowań kompulsywnych. Ja obgryzam paznokcie. Zaczęłam też w piątej klasie, kiedy u matki zdiagnozowano poważną chorobę krwi. Byłam w babcinej kuchni, kiedy mamę zabrano do szpitala. Zrozumiałam, że jest bardzo chora, i wydaje mi się, że od tego momentu zaczęły się zachowania kompulsywne. Najpierw obgryzanie

paznokci, potem jedzenie. Podczas terapii podjętej z powodu objadania się paznokcie odrosły. Wielu ludzi radzi sobie ze stresem przez picie alkoholu czy palenie; ja jem.

Gdyby ktokolwiek w okresie dorastania zapytał mnie, czy będę kiedykolwiek pić, na pewno bym zdecydowanie zaprzeczyła ze względu na alkoholizm ojca. A jednak to robię. Mimo że chciałabym być podobna do matki, mam w sobie całkiem sporo cech ojca i nie podoba mi się to.

Emma, 42 lata

Zaburzenia odżywiania

Najczęściej występującym u dzieci z rodzin alkoholowych zaburzeniem jest nadmierne objadanie się, na kolejnych miejscach listy znajdują się także bulimia (napady objadania się powiązane z zachowaniami kompensacyjnymi) i anoreksja (głodzenie się, przyjmowanie środków przeczyszczających, intensywne uprawianie sportu). Tak jak w przypadku innych zachowań kompulsywnych, do objadania się dochodzi już we wczesnym dzieciństwie, a do pełnego rozwoju zaburzenia w okresie dorosłości. W ramce 5.1 przedstawiono historię Emmy, 42-letniej kobiety opisującej swoje zaburzenia odżywiania. Dzięki hipnozie była w stanie dotrzeć do źródła problemu, który zaczął się w piątej klasie szkoły podstawowej.

Dzieci z osobowością typu A i pracoholizm

Dzieci z rodzin alkoholowych zwykle dorastają za szybko, gdyż są do tego zmuszone. Prócz dorosłych obowiązków

dźwigają także towarzyszące im stresy i napięcia (Elkind, 1981; Robinson, 1996). Silny niepokój, a nawet efekt wypalenia u dzieci może wynikać z trudności związanych z przejmowaniem dorosłych kompetencji – na przykład, gdy muszą zadzwonić do pracodawcy, by zgłosić chorobę pijącego ojca, albo regulować comiesięczne rachunki, aby nie odłączono dostaw prądu czy gazu. Dzieci, które przejmują rolę bohatera rodzinnego oraz rodzica wobec młodszego rodzeństwa, gotują, ubierają, piorą ubrania i prowadzą dom. Stają się także partnerami rodzica: powiernikiem matki, który pomaga jej rozwiązywać problem z butelką, lub jej obrońcą, który co noc stawia czoło pijanemu i brutalnemu ojcu. W rezultacie tracą całe dzieciństwo.

Przedwcześnie dojrzałe dzieci charakteryzuje osobowość identyfikowana przez badaczy medycznych jako typ A. Stałe przeciążenie stresem prowadzi u nich do chorób somatycznych. Ludzi z osobowością typu A cechuje niecierpliwość, agresywność i wrogość połączona z ukierunkowaniem na osiągnięcia (Raikkonen, Keltikangas-Jarvinen, 1992; Yamasaki, 1990). Kompulsywna potrzeba sukcesu jest związana z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, tj. wysokim ciśnieniem krwi i nieregularnym tętnem. Osobowość typu A to najlepiej udokumentowany psychologiczny czynnik ryzyka chorób serca, które swój początek biorą z dzieciństwa (Raikkonen, Keltikangas-Jarvinen, 1992); Visintainer, Matthews, 1987). Cechy typu A zaobserwowano już u pięcioletnich dzieci, przy czym

podczas pięcioletniej obserwacji nie zmniejszała się ich intensywność (Visintainer i Matthews, 1987).

Współcześnie prowadzi się badania nad kontekstem, w jakim dzieci wystawione są na większe ryzyko rozwinięcia osobowości typu A. Choć sugerowano, że takie cechy determinują zarówno czynniki dziedziczne, jak i środowiskowe, nie ma jeszcze absolutnych dowodów na to, że osobowość A można odziedziczyć. Wśród impulsów środowiskowych prowadzących do wykształcenia się osobowości A u dzieci zidentyfikowano: środowisko rodzinne, cechy osobowości rodziców i zachowania wychowawcze.

Badania sugerują, że dzieci z rodzin alkoholowych nabierają osobowości typu A w reakcji na zachowanie rodziców i w ramach co najmniej jednej z trzech strategii: próby utrzymania rodzinnej równowagi przez odciążenie uwagi od rodzica alkoholika, chęci zdobycia uwagi i aprobaty rodziców, lub/oraz wysiłku radzenia sobie z nieprzewidywalnością życia w rodzinie alkoholowej.

Przy pierwszej strategii dzieci z rodzin alkoholowych przyjmują wzorce zachowań osobowości typu A, odgrywając rolę rodzinnego bohatera. Nadmiernie ambitne dzieci muszą osiągać sukces we wszystkim, czego się podejmą, aby odwrócić uwagę od bolesnej dynamiki własnego systemu rodzinnego. Dzieci z osobowością typu A poprzez rolę bohaterów rodzinnych z czasem zaczynają kompulsywnie dążyć do sukcesu i stają się pracoholikami (Robinson, 1998; ramka 5.2). Próbuje kontrolować absolutnie wszystko, wypierają zmęczenie, cechuje je niecierpliwość, lubią

konkurencję i triumfy, a także pragną zawsze perfekcyjnych wyników, i to natychmiast.

RAMKA 5.2

Pracoholizm

Gdy byłem dzieckiem, konflikty z ojcem wybuchały zawsze w weekendy, toteż nawet gdy dorosłem, sobota i niedziela były dla mnie trudne do zniesienia. Wcześniej gdy tylko w domu było spokojnie, wiedziałem, że to cisza przed burzą, ale nagłe i gwałtowne napady wściekłości ojca zaskakiwały mnie i tak. Kiedy budziłem się rano w sobotę albo dzień świąteczny i nie miałem nic do roboty, odczuwałem panikę. Czułem, że nie panuję nad sytuacją; że w ciągu beczynnych godzin może wydarzyć się coś strasznego. Trudno mi było nabrać elastyczności lub żyć teraźniejszością. Nauczyłem sobie z tym radzić przez przeładowywanie weekendów zadaniami. Dokładnie wiedziałem zatem, co się za chwilę wydarzy i jak się na to przygotować. Ciągła aktywność wydawała się łagodzić stres, ale nie miałem już czasu na relaks i swobodną zabawę, na kontakt z naturą i cieszenie się chwilą.

Uczenie się sprawiało, że dobrze się czułem z samym sobą, a podjęcie pracy dało mi poczucie sensu i – jak sądziłem – spełnienia. Praca stanowiła ucieczkę przed koniecznością przepracowania uczuć tłumionych od czasów dzieciństwa. Nie musiałem wchodzić w bliższe czy dalsze

relacje z ludźmi, ale mogłem identyfikować się i nawiązać wręcz intymny kontakt z pracą. Zyskałem także poczucie całkowitej kontroli nad swoim życiem; znalazłem swój ulubiony narkotyk. Długie godziny nauki podczas studiów zamieniłem na długie godziny pracy wieczorami, w weekendy i podczas świąt. Uzależniłem się.

Jak alkoholik, czułem się niespokojny i zirytowany, gdy na więcej niż kilka dni odchodziłem od biurka. Nawet podczas spaceru po tropikalnej plaży wszystkie moje myśli krążyły wokół następnego projektu. Na urlop nigdy nie wyjeżdżałem bez dodatkowego bagażu: teczki wypchanej papierami. Rodzina i przyjaciele narzekali, że się przepracowuję, a ja w tajemnicy i tak wrzucałem robotę do walizki. Inni kąpali się i pływali, a ja ślęczałem nad biurkiem naprędce skleconym w naszym wakacyjnym domku. W trakcie terapii uświadomiłem sobie, że – jak większość dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych – powtarzałem kompulsywne zachowania ojca. Stałem się uzależniony, choć od innej czynności i niepostrzeżenie.

Bryan Robinson

Na podstawie: "Chained to the Desk: A Guidebook for Workaholics, Their Partners and Children, and the Clinicians Who Treat Them" (Przykuci do biurka. Przewodnik dla pracoholików, ich partnerów, partnerek i dzieci oraz terapeutów), Bryan Robinson, New York University Press, 1998. Cytat za zgodą autora.

Z drugiej strony cechy osobowości typu A rozwijają się u dzieci także w bezpośredniej reakcji na zachowania wychowawcze rodziców-alkoholików. Raikonen i Keltikangas-Jarvinen (1992) ustalili, że wrogie zachowanie matki powiązane jest z rozwojem typowych dla osobowości

typu A cech u nastolatków, tj. niecierpliwości i agresywności. Matki, które korzystały z surowej i opartej na karach dyscypliny wychowawczej, postrzegały dzieci jako ciężary, mając tendencję do ignorowania ich i unikania kontaktu emocjonalnego. Cechy typowe dla osobowości typu A – niecierpliwość i dążenie do współzawodnictwa – wiążą się ściśle także z wzorcami wychowawczymi panującymi w wielu alkoholowych rodzinach, gdzie nie toleruje się aktywności dzieci, nie lubi z nimi przebywać, nadmiernie kontroluje je i wierzy, że tylko regularne kary zapewniają posłuszeństwo dziecka i spokój w rodzinie (Raikkonen, Keltikangas-Jarvinen, 1992). Dorośli typu A zajęci są również intensywnie własnym życiem, nie poświęcając wiele uwagi innym. W domach niealkoholowych rodzice z osobowością typu A zamiast na rodzinie koncentrują się na własnej karierze; w rodzinach z problemem uzależnienia natomiast skupiają się na picciu i związanych z nim aktywnościach. Dzieci w takich rodzinach zostawiane są często same sobie i ignorowane; nierzadko myślą, że są wręcz niewidzialne. Nawet jeżeli dzieci z rodzin alkoholowych nie są wychowywane przez osoby ściśle pasujące do typu A (gdyż rodzice nie są na przykład ukierunkowani tylko na sukcesy), klimat rodziny jest dla nich mniej pozytywny i wspierający. Alkoholicy miewają niektóre cechy osobowości A (Raikkonen, Keltikangas-Jarvinen, 1992; Yamasaki, 1990). W odpowiedzi na nieefektywne metody wychowawcze ich dzieci same mogą rozwinąć w sobie cechy typu A. Próbując zdobyć więcej uwagi i sygnałów uczucia lub zainteresowania ze strony

rodziców, dzieci starają się udowodnić sobie i innym z coraz większą pewnością siebie, że są w stanie przekroczyć swoje możliwości (Yamasaki, 1990).

Wreszcie dzieci z rodzin alkoholowych zachowują się zgodnie z osobowością typu A próbując poradzić sobie z dysfunkcyjną naturą środowiska rodzinnego (Compas, 1987). Etapem rozwojowym wspólnym dla wszystkich dzieci jest nabywanie umiejętności radzenia sobie ze stresem psychospołecznym. Działanie czynników stresujących uśmierzane jest – bądź nie – przez sposób, w jaki dziecko radzi sobie z trudną sytuacją czy wydarzeniem. Dzieci odnajdują zasoby potrzebne w nietypowych sytuacjach w samych sobie (np. umiejętność rozwiązywania problemów) lub w otoczeniu (np. w relacji z troskliwym dorosłym). Korzystają następnie z tych zasobów, by wzmocnić własną umiejętność przystosowania się do stresujących sytuacji.

Dla dzieci z rodzin alkoholowych wzorce zachowań typu A mogą odzwierciedlać odmienny sposób radzenia sobie z chaotycznym, niekontrolowanym łańcuchem wydarzeń w rodzinnym środowisku. Sztywna organizacja czasu, nacisk na osiągnięcia i agresja to typowe cechy charakterystyczne typu A, które, gdy występują u dzieci, mogą sygnalizować potrzebę uzyskania kontroli nad życiem w chaotycznym systemie rodziny alkoholowej. Na pewnym poziomie dziecko wie, że nie może powstrzymać mamy od picia. Rozumuje sobie, że „nie zmienię tego, że nasz dom jest zwariowany, ale mogę samodzielnie kształtować swe życie, udowadniając, że kontroluję swój czas i działanie. Mam tyle siły, by nie

pozwoić innym wejść mi w drogę”. Znika w ten sposób groźba całkowitej utraty kontroli, choćby wokół dziecka rozpętało się prawdziwe piekło.

Nie znamy liczby dzieci z osobowością typu A, które jednocześnie pochodzą z rodzin alkoholików. Uderzają nas jednak podobieństwa między zachowaniem dzieci typu A oraz dzieci z rodzin alkoholowych, kompulsywnie nastawionych na sukces. Poniższy test MYTH (The Matthews Youth Test For Health) został przy współpracy nauczycieli szkolnych opracowany do celów badań naukowych w 1980 roku (Matthews, Angulo, 1980). Nauczyciele i terapeuci mogą skorzystać z niego, aby odróżnić dzieci z osobowością typu A i B (czyli takie, u których brak cech charakterystycznych dla typu A) w klasie. Każde dziecko oceniane jest pod kątem jednej z siedemnastu testowanych cech, w skali od 1 (dana cecha w zasadzie nie występuje) do 5 (cecha bardzo charakterystyczna). Wynik testu MYTH mieści się w zakresie od 17 do 85 punktów, tj. od skrajnej osobowości typu B do skrajnej osobowości typu A.

Dzieciństwo gdzieś się gubi, jeżeli dzieci od małego popychane są w stronę sukcesów, osiągnięć i zadowalania innych (Elkind, 1981). Choć wiele dzieci z osobowością typu A osiąga ogromne sukcesy, ich samoocena i poczucie sprawczości są na niskim poziomie (Robinson, 1996). W porównaniu z okresem dorosłości dzieciństwo trwa naprawdę krótko – najkrócej w życiu. Niektóre dzieci alkoholików wypalają się, zanim zdążą go doświadczyć.

Tabela 5.1. Test MYTH

1.	W czasie zabawy dziecko lubi konkurować z innymi.
2.	Dziecko pracuje raczej szybko i energicznie niż powoli i ostrożnie.
3.	Dziecko niecierpliwi się, kiedy musi czekać na innych.
4.	Dziecko często się spieszy.
5.	* Niełatwo wywołać w nim gniew na rówieśników.
6.	Dziecko przerywa wypowiedzi innych.
7.	Podczas różnych aktywności dziecko zostaje liderem.
8.	Dziecko łatwo się irytuje.
9.	Wydaje się, że dziecko osiąga lepsze wyniki niż zwykle, gdy konkuruje z innymi.
10.	Dziecko lubi spierać się i dyskutować.
11.	* Dziecko cierpliwie pracuje z dziećmi powolniejszymi od siebie.
12.	Podczas pracy czy zabawy dziecko stara się wypaść lepiej niż inne dzieci.
13.	* Dziecko potrafi długo usiedzieć w jednym miejscu.
14.	Zamiast czystej przyjemności z zabawy czy nauki, ważniejsze jest dla niego zwycięstwo.
15.	Inne dzieci zwracają się do niego po wskazówki i komendy.
16.	Dziecko jest nastawione na rywalizację.
17.	Dziecko często wdaje się w spory lub bójkę.

* Skala pytań oznaczonych gwiazdką została odwrócona.

Źródło: Przedruk za K.A. Matthews i J. Angulo, "Measurement of the Type A behavior patterns in children: Assessment of children's competitiveness, impatience-anger, and aggression", Child Development, 51, 466-475. © 1980, The Society for Research in Child Development, Inc. Przedruk za zgodą właściciela praw.

Przemoc fizyczna i molestowanie seksualne

Zarówno w szkole, jak i poza nią troskę o bezpieczeństwo dzieci z rodzin alkoholowych należy

traktować priorytetowo. Przemoc w domu alkoholika potrafi narosnąć do punktu, w którym obraca się przeciw dziecku, co prowadzi do urazów fizycznych i nieobecności w szkole. Dzieci zostają w domu, żeby leczyć ślady ciosów, siniaki i inne oznaki maltretowania. Pewna dwunastolatka opowiadała, jak przez trzy dni nie mogła pójść do szkoły, bo po uderzeniu pijanej matki zostały jej spore pręgi. Rodziny alkoholowe obciąża także wysokie ryzyko przemocy seksualnej. Po lekcjach wiele z tych dzieci znajduje się w niebezpiecznych sytuacjach, gdy przebywają w domu same lub z upitym rodzicem.

Ginger próbowała opierać się molestowaniu seksualnemu ze strony pijanego ojca. Zagroził w końcu, że porzuci żonę i rodzinę, jeśli matka nie nakaze trzynastoletniej córce bycia uległą w kontaktach seksualnych. Przerażone perspektywą porzucenia, matka i dziecko ustąpiły jego żądaniom, i przez następne 4 lata Ginger zastępowała matkę jako obiekt seksualnych działań ojca.

Szacowana liczba dzieci – ofiar przemocy fizycznej i seksualnej sięga w USA rocznie dwóch lub trzech milionów. Liczba ta jest z pewnością zaniżona, ponieważ wielu profesjonalistów i świadków przemocy nigdy jej nie zgłasza, a wykorzystywane dzieci wstydzą się lub nie mogą o tym rozmawiać. Krzywdzenie dzieci obejmuje nie tylko przemoc fizyczną i seksualną, ale także zaniedbanie i brak zapewnionej ochrony. Około dwóch tysięcy dzieci rocznie umiera w rezultacie maltretowania lub zaniedbania.

Nadużywanie alkoholu stwierdza się w 50–80% domów, w których miejsce miała przemoc fizyczna lub seksualna, a także zaniedbywanie dzieci (Black, 1987; Famularo, Stone, Barnum, Wharton, 1986). Dzieci z rodzin alkoholowych częściej doświadczają przemocy w rodzinie niż dzieci rodziców trzeźwych i abstynentów. Maltretowanie fizyczne obejmuje zachowania kierowane przez rodziców względem dzieci i siebie nawzajem – wiele dzieci obserwuje, jak jeden z rodziców używa przemocy względem drugiego.

W badaniu przeprowadzonym na grupie 409 dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych 95% z nich ujawniło, że oboje rodzice przejawiali znaczne skłonności do przemocy, a 56%, że stosowali przemoc po wypiciu alkoholu (Black i in., 1986). Ojcowie dziesięć razy częściej dopuszczali się nadużyć. Dzieci te opisywały także siebie i swoje rodzeństwo jako bardziej skłonnych do maltretowania innych. Aż 18,5% badanych opowiedziało, że w dzieciństwie stali się ofiarami molestowania seksualnego w formie pieszczot lub seksu oralnego. Córki alkoholików dwukrotnie częściej narażone były na ryzyko kazirodztwa.

Ośmioletnia Marla ubierała i zachowywała się w prowokacyjny, seksualnie wyzywający sposób. Wystylizowana na osiemnastolatkę uczennica trzeciej klasy chwaliła się, że „wszyscy chłopcy w szkole chcą ze mną chodzić. Tatuś mówi, że ślicznie się ubieram, bo chcę, żeby chłopcy na mnie patrzyli i mnie pragnęli”. Ojciec mówił, że atrakcyjny strój przyciąga chłopców, ale Marla nie zgadzała się, twierdząc, że chce tylko ładnie wyglądać. Gdy ojciec

upijał się, rzucał przedmiotami i wrzeszczał, Marla kładła się do łóżka z ogromną przytulanką, pluszowym misiem. Opowiadała, że ojciec wariuje, gdy pije – bije matkę i przytrząsa palce słuchawką telefonu, gdy ta próbuje zadzwonić po policję.

Także Marli mówiono, by zadzwoniła po służby, gdy ojciec staje się agresywny, ale – jak twierdziła – zbyt mocno go kochała, by to zrobić. Według Marli sąsiadka również jej proponowała pomoc, bo miała takie obawy:

Pani z domu obok mówiła, że gdyby tata kiedykolwiek „tam” mnie dotknął, powinnam jej powiedzieć; tak samo, gdyby zażądał, żebym ja go „tam” dotykała. Ble... Wcale nie chciałam tego robić, ale pewnie by mnie sprął, gdybym nie robiła tego, co każe.

Podjejrzenia terapeutów wzbudziły dowody na przemoc fizyczną, erotyczne elementy stroju i zachowania Marli oraz tematy seksualne poruszane w rozmowach o ojcu. Wraz z innymi oznakami, powyższe znalazły się na liście dwudziestu wskaźników sugerujących seksualne wykorzystywanie dziecka (Sgroi, 1982, s. 40–41).

1. Nadmiernie uległe zachowanie
2. Zachowanie bezczelne i agresywne
3. Zachowanie pozornie dojrzałe
4. Wzmianki na temat seksu
5. Powtarzające się, niewłaściwe zabawy o wydźwięku seksualnym z rówieśnikami, zabawkami lub samym

- sobą; seksualnie agresywne zachowanie względem rówieśników
6. Szczegółowa, nieadekwatna do wieku dziecka wiedza i zrozumienie zachowań seksualnych (zwłaszcza u młodszych dzieci)
 7. Wczesne przychodzenie do szkoły i późne wychodzenie do domu, mało lub brak nieobecności
 8. Kiepskie relacje z rówieśnikami, nieumiejętność nawiązywania przyjaźni
 9. Brak zaufania, zwłaszcza wobec ważnych w życiu dziecka osób
 10. Niechęć do uczestnictwa w lekcjach i zajęciach szkolnych
 11. Niemożność skupienia uwagi w szkole
 12. Nagłe pogorszenie wyników w nauce
 13. Nadmierny strach przed mężczyznami (gdy sprawca jest płci męskiej, a ofiara żeńskiej)
 14. Uwodzicielskie zachowanie wobec mężczyzn (gdy sprawca jest płci męskiej, a ofiara żeńskiej)
 15. Ucieczki z domu
 16. Zaburzenia snu
 17. Zachowania regresywne
 18. Wycofanie
 19. Depresja kliniczna
 20. Myśli samobójcze

Dzieci z rodzin alkoholowych zostają czasem alkoholikami lub poślubiają alkoholików – albo robią

zarówno jedno, jak i drugie. Bywa też, że dzieci wykorzystywane seksualnie dorastają i molestują własne dzieci lub czynią to ich żony czy mężowie. Dzieci doświadczające przemocy fizycznej same także wchodzą w związki z osobami używającymi przemocy albo stosują ją wobec własnych dzieci (Weatherford, 1988). Dorastanie w środowisku, w którym występują trzy powyższe zjawiska, prowadzi do skłonności do powtarzania podobnych sytuacji, jeśli w życie dziecka nie zainterweniują profesjonaliści (Black, 1986).

We wszystkich stanach USA zgłaszanie zauważonych lub potencjalnych przypadków przemocy domowej i seksualnej jest nakazane prawem (Slavenas, 1988). Jeżeli zauważysz oznaki maltretowania, zaniedbania lub bicia, zapoznaj się z procedurą raportowania przemocy na poziomie szkolnym i stanowym, a następnie złóż doniesienie. Odpowiednie instytucje, jak np. Urząd ds. Ochrony Dziecka (Child Protective Agency) dysponują szczegółowymi przepisami w tym zakresie. Choć powinienes i powinnaś gwarantować dziecku z rodziny alkoholowej poufność w czasie waszych rozmów, przypadki przemocy fizycznej i seksualnej stanowią wyjątek od reguły. Dzieci należy zachęcać, by informowały o takich przypadkach, a terapeuci bezwzględnie obowiązani są je zgłaszać.

Dzieci z rodzin alkoholowych pozostawione bez opieki (z kluczem na szyi)

Nie dość, że dzieci z rodzin alkoholowych zmagają się z trudnościami życia codziennego w rodzinie z problemem uzależnienia, to bywają jeszcze zaniedbywane przez rodziców. Dodatkowe obowiązki obciążają je przed i po zajęciach w szkole. Dbają o siebie, młodszemu rodzeństwu, a czasem także pijanych rodziców. Wszystkie te czynniki stanowią łącznie zagrożenie dla poczucia bezpieczeństwa dziecka, podnoszą jego poziom stresu i przeszkadzają w nauce.

Dzieci pozostawione bez opieki, z tzw. kluczem na szyi, to niepełnoletnie dzieci, które regularnie same się o siebie troszczą – przed i po lekcjach, w weekendy, a także podczas letnich wakacji czy świąt, kiedy rodzice pracują (patrz Lamorey, Robinson, Rowland, Coleman w druku). Liczba tych dzieci w USA praktycznie nie różni się od liczby wszystkich dzieci z rodzin alkoholowych w wieku poniżej 18 lat i sięga siedmiu milionów. Dzieci, które zostają same w domu, ponieważ ich rodzice pracują, ale nie piją, mogą liczyć na znacznie większe zainteresowanie profesjonalistów niż dzieci z rodzin alkoholowych, które „klucz na szyi” wieszany mają praktycznie od początku – tak, jak w przypadku Niny. W szkołach państwowych organizuje się specjalne zajęcia dla dzieci zapracowanych rodziców. Społeczności lokalne gromadzą rodziców gotowych przez kilka godzin do opieki nad większą grupką dzieci, istnieją też telefony zaufania, „szkółki przetrwania” i podobne inicjatywy. Syndrom „klucza na szyi” nie musi dla dziecka oznaczać koniecznie krzywdy, jeśli zastosuje się odpowiednią

pomoc dla niego.

Jednakże dzieci z rodzin alkoholowych zwykle nie są zgłaszane oficjalnie jako osoby małoletnie, które muszą radzić sobie same. Gdy zatem wracają każdego dnia do pijanych rodziców, brakuje im odpowiedniego przygotowania, by mogły same się o siebie zatroszczyć. Profesjonaliści, którzy pracowali kiedykolwiek z takimi dziećmi, wiedzą, że ogromna liczba dzieci nie ma w domu praktycznie żadnej opieki, nawet jeżeli pijący rodzic jest na miejscu. Rodzic pozostaje bowiem w wysokim stopniu niedostępny fizycznie oraz psychicznie. Tak było w przypadku czternastoletniej Fran i jej ośmioletniej siostry, regularnie w dzień i w nocy pozostawianych samych przez uzależnionych rodziców. Fran przyjęła na siebie rolę rodzica i opiekuna całej rodziny, i wyglądała, jakby próbowała ciężar całego świata udźwignąć na swych barkach. Otwarcie opowiadała o rodzicach nadużywających alkoholu i kokainy:

Kiedy są na haju, robi mi się niedobrze. Uśmiechają się, pytają, czy też bym troszkę chciała... Mam wrażenie, że wcale mnie nie kochają, bo pozwalają mi robić wszystko. Mogę iść, gdzie chcę, robić, co mi się podoba, i wracać tak późno, kiedy mam ochotę... Ale nie robię tego, bo nikt nie zająłby się wtedy moją siostrą.

Dzieci z rodzin alkoholowych stawiają czoło wielu problemom spowodowanym przez alkoholizm w rodzinie, a także wystawione są na wysokie ryzyko dodatkowej

krzywdy fizycznej i psychologicznej, typowej dla dzieci pozostawionych bez opieki. Do dodatkowych niebezpiecznych czynników należą wypadki, strach przed intruzami, stres w nagłych, nierozwiązywalnych sytuacjach, molestowanie seksualne oraz poczucie uwięzienia w klatce i izolacji. Badania wskazują, że dzieci z rodzin alkoholowych częściej ulegają wypadkom i poważniej chorują, a także zgłaszają więcej problemów emocjonalnych niż dzieci z rodzin zdrowych – przypuszczalnie z powodu zaniedbań i nieobecności rodziców (Woodside, 1986).

Niektóre dzieci pozostają same w domu, a innymi zajmują się starszy brat lub siostra, podczas gdy rodzic nieprzytomny i pijany leży w innym pokoju. Jeszcze inne spędzają czas samotnie, albo w domu kolegi, u którego akurat nie ma dorosłych, w salonie gier albo włócząc się po centrum handlowym. Część dzieci pozostaje pod nadzorem telefonicznym trzeźwego pracującego rodzica, a część w ogóle nie styka się z żadną niepijącą dorosłą osobą. Te odmienne okoliczności wpływają w różny sposób na poziom przystosowania dzieci. Jeżeli spędzają one czas tylko z kolegami, bez osób dorosłych albo na ulicy, są wystawione na wyższe ryzyko kłopotów niż wtedy, gdy szybko wracają do pustego domu. Dzieci nadzorowane przez niepijących rodziców na odległość są w stanie przystosować się do sytuacji podobnie do tych, które spędzają po szkole czas z rodzicami abstynentami (Steinberg, 1986).

Aby zapewnić dzieciom uzależnionych rodziców umiejętności potrzebne do przetrwania w rodzinie

alkoholowej, potrzebny im będzie z naszej strony trening technik troszczenia się o siebie. Będą mogli wówczas funkcjonować bardziej efektywnie nawet w braku odpowiedniego nadzoru. Oczywiście dzieci te muszą posiadać wiedzę na temat podstawowych umiejętności i strategii działania, aby były w stanie zadbać o swe dobre samopoczucie i bezpieczeństwo, gdy są w domu same. Z drugiej strony jednak konieczne jest zapewnienie im w maksymalnie wysokim stopniu wsparcia emocjonalnego. Dzieci zasługują na przerwy w troszczeniu się o siebie i innych w domu alkoholowym, a jednocześnie mogą zrobić dla siebie coś dobrego; wziąć udział w zajęciach pozalekcyjnych: zbiorce harcerskich, treningach sportowych, kółkach zainteresowań itp. Dzieci, które zostają w domu same lub jedynie z pijącym rodzicem, powinny pozostawać w stałym kontakcie telefonicznym z rodzicem niepijącym. Komunikacja z kochającym i odpowiedzialnym rodzicem może zmniejszyć poczucie izolacji dziecka i zapewnić wyższe poczucie bezpieczeństwa. Dzieci należy także zachęcać, by opowiadały o swoich uczuciach związanych z samotnością lub przebywaniem tylko z pijącym ojcem czy matką. Podstawową być może sprawą jest fakt, że dzieci radzą sobie lepiej, jeżeli otrzymują pochwały i zaufanie w obliczu konieczności przejęcia odpowiedzialności za siebie. Muszą usłyszeć odpowiednie słowa uznania, a także spędzać czas sam na sam z rodzicem niepijącym, kiedy tylko one będą w centrum uwagi (Lamorey i in., publikacja w druku).

Porady dla opiekunów i terapeutów

Starając się zapewnić zdrowie i bezpieczeństwo dzieciom alkoholików należy mieć na uwadze kilka spraw. Trzeba wiedzieć, kiedy skonsultować się z innym specjalistą, a kiedy przekazać dany przypadek do innego ośrodka oferującego pomoc społeczną; jak wzmacniać podstawy najmocniejszych stron dziecka, a także co podkreślać w rozmowach z dziećmi pozostawianymi bez opieki w ryzykownych okolicznościach, oraz jak złagodzić dziecięcy stres.

Kiedy konsultować się u innych specjalistów?

Z pielęgniarką szkolną warto porozumieć się, kiedy u dziecka pojawią się objawy zaburzeń – zarówno fizyczne, jak i chorobowe czy psychiczne. Warto wiedzieć, jakie objawy świadczą o samoistnym podłożu schorzenia (jak w przypadku Sheili), a kiedy wynikają z wpływu środowiska, jak u większości dzieci z rodzin alkoholowych. Personel medyczny może okazać się pomocny przy ustaleniu najwłaściwszego podejścia do przypadku. Dzieci z alkoholowym zespołem płodowym (FAS), u których opóźnienie rozwoju jest widoczne, można skierować na diagnozę do szkolnego psychologa lub lekarza. Na podstawie testów specjalistów można wypracować specjalne plany działania. Czasami dobrze skierować dzieci do doradcy, który zdecyduje, w jakiej powinny brać udział terapii, grupowej czy indywidualnej. Należy także przygotować się na konieczność interwencji, jeżeli zauważymy u dziecka oznaki przemocy fizycznej lub molestowania seksualnego.

Należy zgłosić sprawę odpowiednim organom, zgodnie z obowiązującymi lokalnie przepisami.

Jak wzmacniać walory dziecka?

Podkreślaj wagę mocnych stron dziecka i wykorzystuj je. Choć Sheila przeżywała trudności z koncentracją uwagi, jej nauczycielka była w stanie wykorzystać fakt, że znakomicie radziła sobie w kontakcie z innymi dziećmi. Starła się stwarzać jej jak najwięcej okazji do interakcji z rówieśnikami, którym Sheila mogła pomagać i okazywać dobroć.

Jak wprowadzać programy uczące samodzielności?

Zidentyfikuj dzieci, które same muszą o siebie zadbać w różnym stopniu – od samodzielnych powrotów do domu po piętnastominutowe czekanie na rodziców załatwiających jakieś sprawy. Możesz pomóc wrażliwym na kryzysy dzieciom zdobyć samodzielność i zapewnić im w ten sposób bezpieczeństwo, gdy muszą same się sobą zająć. Bezpieczne poruszanie się po ulicy, ostrożność wobec nieznanym, sytuacje nietypowe, zapobieganie wypadkom i bezpieczeństwo w domu to kwestie, które możesz poruszyć podczas zajęć dotyczących zdrowia lub bezpiecznego zachowania. Wszystkim dzieciom przydadzą się takie wskazówki, ale nawet, jeżeli nie wspomnisz przy okazji o alkoholu, dzieci z rodzin alkoholowych automatycznie nauczą się, do kogo zadzwonić w razie wypadku lub sytuacji kryzysowej, a także, jeżeli pijący rodzic zapomni o nich

w centrum handlowym czy kinie lub jeżeli będą zmuszone szybko oddalić się od pijanego rodzica stosującego przemoc.

Pomocni mogą okazać się pracownicy socjalni. Wiele z punktów omówionych powyżej przyda się także dzieciom kompletnie nieprzygotowanym do samodzielności (patrz Lamorey i in., publikacja w druku). Dzieci pewne własnych umiejętności i przekonane, że potrafią o siebie zadbać, osiągają wyższy poziom koncentracji i lepsze wyniki w szkole, ponieważ nie towarzyszy im stale niepokój. Pedagodzy szkolni mogą pomóc nauczycielom zaplanować specjalne lekcje dotyczące samodzielności oraz zachęcać dzieci do opowiadania o radzeniu sobie samemu. W ten sposób wśród dzieci rozpowszechniane jest przekonanie, że nie są same ze swoim lękiem i poczuciem osamotnienia.

Jak pomóc łagodzić stres?

Możesz odegrać ważną rolę w życiu dzieci, jeśli pomożesz im zachować w życiu codziennym elementy tego, czego im brakuje – właśnie dzieciństwa. Całej klasie przydadzą się ćwiczenia relaksacyjne i chwila oddechu od nauki. Zapoznaj dzieci z technikami odprężania się dzięki łagodnej muzyce i opowiadaniom z elementami wizualizacji i medytacji. Podkreślaj znaczenie ćwiczeń fizycznych i właściwego odżywiania się przy ograniczaniu stresu. Zachęcaj dzieci, by stosowały te zalecenia w domu.

Na rynku [amerykańskim – przyp. tłum.] znajduje się sporo książek zalecających uleczenie tzw. wewnętrznego dziecka lub nawiązanie z nim kontaktu (np. Whitfield, 1980).

Terapeuci mogą pomóc dzieciom dzięki zapewnieniu im, że mogą poprawić swój stan zdrowia jeszcze w młodym wieku – w przeciwieństwie do dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych, które pozbawione dzieciństwa przeżywają w trakcie terapii ogromny żal. Należy codziennie stosować podane niżej wskazówki i przekazać je rodzicom całej klasy.

- Nie popędzaj dzieci. Niech rosną i rozwijają się w swoim tempie oraz zgodnie z własnymi, indywidualnymi możliwościami rozwoju.
- Zachęcaj dzieci do zabawy typowo dziecięcej. Niektóre z najlepszych wspomnień dorosłych dotyczą doświadczeń z czasów dzieciństwa.
- Nie zmuszaj do nauki zbyt trudnych zagadnień. Rozsądne oczekiwania względem dzieci opierają się na dostosowaniu wymagań do wieku.
- Stwórz dzieciom dzienny plan zajęć domowych i szkolnych charakteryzujący się elastycznością, uwzględniający czas wolny. Pozwól im wybrać niektóre zajęcia zgodnie z zainteresowaniami.
- Chronić dzieci przed trudnościami i stresem świata dorosłych bez nadmiernej opiekuńczości. Daj im czas na zabawę, naukę i marzenia.
- Spróbuj nie przekazywać dzieciom niepotrzebnego stresu i niepokoju. Daj im możliwość rozmowy o własnym lęku czy zmartwieniach. Dorośli niech mierzą się ze swymi kłopotami na kozetce terapeuty.
- Ucz dzieci mądrego podejmowania decyzji, dając im ograniczony wybór zgodnie z ich dojrzałością

emocjonalną.

- Nagradzaj dzieci za triumfy i sukcesy, choćby były niewielkie. Daj im odczuć miłość i dumę za to, kim są, a nie za to, kim chcesz, by były.
- Zaczynaj dzień w przyjazny sposób, miłymi słowami i spokojnymi rytuałami.
- Zaplanuj w rodzinie wspólne spędzanie czasu, co najmniej raz w tygodniu i bez telewizji. Daj każdemu możliwość wypowiedzenia się.
- Nie obarczaj dzieci dorosłymi obowiązkami: wychowywania rodzeństwa, prowadzenia domu. Niech nie obciąża ich emocjonalny niepokój związany z byciem rodzicem w wieku dziesięciu czy dwunastu lat.

B. Problemy z nauką i zachowaniem

Badania wskazują, że dziewczynki i chłopcy z rodzin alkoholowych gorzej radzą sobie w szkole i dostają gorsze oceny niż ich rówieśnicy z rodzin zdrowych (Chandy, Harris, Blum, Resnick, 1993; Sher, Walitzer, Wood, Brent, 1991). Problemy dzieci z rodzin alkoholowych widoczne są w szkole, gdzie dzieci spędzają sporo czasu. Nauczycielka Teda zauważyła, co się dzieje i zdała sobie sprawę z tego, że kłamstwa, kradzieże i słabe wyniki chłopca nie są jego prawdziwym problemem. Były raczej symptomami głębszego i dominującego nad jego życiem rodzinnego alkoholizmu. W zachowaniu Teda wiele sygnałów niepokoiło i zastanawiało nauczycieli. Na szczęście jedna wrażliwa i troskliwa nauczycielka nawiązała bliższy kontakt z jego

rodzicami i zapewniała liczne okazje do nauki. Udało jej się przekonać matkę Teda, by pracowała z synem nad czytaniem. Chłopiec doszedł w nim do większej biegłości mimo braku odpowiednich zdolności.

Problemy z nauką pojawiają się także u starszych dzieci z podobnych względów, natomiast przy zwiększonej i istotniejszej presji ze strony rówieśników. Aaron miał kłopoty z opuszczaniem zajęć, przysypianiem na lekcjach i wagarowaniem. Piętnastoletni chłopak o czarnych jak węgiel włosach i ciemnych oczach był buntownikiem, ale miał zdolności krasomówcze i charyzmę. Dwa razy został już na drugi rok.

Co robić, kiedy wiesz, że potrzebujesz pomocy przy algebrze, ale nie chcesz o nią prosić, bo koledzy pomyślą, że to nie jest cool? Jeśli czegoś nie rozumiem, nauczyciel podchodzi do mojego stolika i wisi nade mną, żeby coś wytłumaczyć. Wszyscy się ze mnie śmieją, więc już nawet nie proszę o pomoc.

Grupa rówieśnicza jest ważna dla wszystkich nastolatków, ale dla Aarona szczególnie, ponieważ był synem aktywnego alkoholika. Poczucie przynależności i akceptacji było dla niego ważniejsze niż fakt, że nie przejdzie do następnej klasy. Wolał dostać jedynkę niż wyglądać „głupio” w oczach kolegów.

Dzieci z rodzin alkoholowych mają wiele problemów (patrz ramka 5.3) związanych z nauką i wynikami w nauce.

Typowy dla alkoholowych domów chaos przeszkadza w koncentracji w nauce, chodzeniu do szkoły i byciu poza nią. Zaburzeniom psychosomatycznym często towarzyszą niewłaściwe zachowania. Bezsenne noce, stres i depresja prowadzą do odpływania myślami lub zasypiania w trakcie lekcji. Dzieciom trudno jest dotrzymać kroku innym. Opuszczanie zajęć szkolnych, częste zmiany szkół i zaabsorbowanie problemami domowymi prowadzi do niskich wyników testów kompetencji, słabych stopni, a w dalszej perspektywie – powtarzania klasy.

RAMKA 5.3

Kłopoty w nauce dzieci z rodzin alkoholowych

- Niższe zdolności intelektualne u chłopców
- Niższa sprawność słowna i umiejętności z zakresu czytania i rozumienia tekstu
- Gorsze wyniki w nauce dzieci z rodzin alkoholowych
- Niższe wyniki testów na inteligencję
- Deficyty zdolności percepcyjnych i motorycznych, pamięci i umiejętności językowych
- Częstsze zmiany szkoły niż w przypadku dzieci z rodzin zdrowych
- Częstsze powtarzanie klasy niż w przypadku dzieci z rodzin zdrowych
- Wyższa absencja szkolna niż w przypadku dzieci z rodzin zdrowych
- Brak umiejętności koncentracji i krótki czas skupienia uwagi
- Niepokój i impulsywność
- Wysokie prawdopodobieństwo konieczności skierowania do pedagoga lub psychologa szkolnego
- Wysokie prawdopodobieństwo usunięcia ze szkoły, a niskie ukończenia szkoły w przypadku dzieci z rodzin alkoholowych o niskim poziomie dochodu

Ojcowie alkoholicy a postępy dzieci w nauce

Synów alkoholików w liczbie 16 porównano z 25 synami niealkoholików w dwóch badaniach (Hegedus, Alterman, Tarter, 1984; Tarter, Hegedus, Goldstein, Shelly, Alterman, 1984). W pierwszym z nich, obejmującym szesnastolatków, przeprowadzono liczne testy inteligencji. Wyniki wskazały,

że synowie alkoholików gorzej radzili sobie z zadaniami mierzącymi poziom koncentracji, pamięć, zdolności percepcyjno-motoryczne, szybkość motoryczną, zdolności kognitywne i językowe. Osiągnęli też niższe wyniki w testach czytania i rozumienia tekstu. W drugim badaniu nastolatki poddani zostali testom kompetencji. Obie grupy cechowała przeciętna inteligencja, a chłopcy byli w tym samym wieku, ale jednak synowie alkoholików osiągnęli wyniki typowe dla chłopców o dwa lata młodszych, w przeciwieństwie do dzieci niealkoholików osiągających wyniki adekwatne do wieku. Badacze odkryli również, że niższe rezultaty dzieci z rodzin alkoholowych związane były nie tylko z chaosem i niestabilnością sytuacji rodzinnej, lecz także z dziedzicznymi funkcjami mózgu – zdolnościami neuropsychologicznymi. Podatność na alkoholizm może zatem mieć podłoże neuropsychologiczne (Hegedus i in., 1984). W kolejnym rozdziale omówiony zostanie wysoki poziom podatności na rozwój alkoholizmu u dzieci z rodzin alkoholowych.

Kolejne dwa badania przeprowadzone w Danii analizowały w okresie 20 lat zachowania 134 synów alkoholików i porównywały ich osiągnięcia z grupą 70 synów niepijących mężczyzn (Knop, Teasdale, Schulsinger, Goodwin, 19985; Schulsinger i in., 1986). Nauczyciele oceniali, że synowie alkoholików są bardziej niespokojni i impulsywni, a także mają mniejsze zdolności werbalne niż synowie niealkoholików. Wyniki testów neuropsychologicznych także wskazały na mniejszą kontrolę

impulsów u synów alkoholików, którzy w porównaniu z grupą kontrolną gorzej radzili sobie z czytaniem i bywali częściej kierowani do szkolnych psychologów. Analizując historie rodzinne synów alkoholików, naukowcy ustalili, że chodzili oni do więcej niż jednej szkoły i częściej powtarzali klasy. Ich dzieciństwo spędzone w niestabilnych domach było zatem mniej szczęśliwe.

Matki alkoholiczki a postępy dzieci w nauce

Adrienne Marcus przeprowadziła w 1986 roku ważne badanie dowodzące, że dzieci alkoholiczek także osiągają słabsze wyniki w nauce. Badaczka porównała grupę 40 uczniów szkoły podstawowej z rodzin, w których matki były alkoholiczkami, z taką samą grupą dzieci z rodzin zdrowych. Dzieci z pierwszej grupy częściej trafiały do klas wyrównawczych i osiągały niższe wyniki w testach matematycznych czy dotyczących umiejętności czytania i rozumienia tekstu. W niektórych przypadkach gorsze rezultaty wynikały z niestabilnej sytuacji domowej – 65% dzieci wychowywanych było przez samotne matki – i chaosu w rodzinie, co przeszkadza w nauce lub przyczynia się do pogorszenia stanu domowego środowiska nauki [*home learning environment, HLE* – przyp. tłum.]. Co znaczące, więcej matek-alkoholiczek spożywało alkohol w trakcie ciąży, toteż istotnym czynnikiem w omawianym badaniu był także alkoholowy zespół płodowy, uwzględniany w każdej obserwacji. Inne badanie również wykazało, że dzieci dużo

pijących matek wcześniej zaczynają gorzej radzić sobie z nauką i muszą uczyć się na zajęcia wyrównawcze jeszcze przed trzecią klasą (Shaywitz, Cohen, Shaywitz, 1980). Literatura stwierdza także, że dzieci matek-alkoholiczek osiągają niższe wyniki w testach inteligencji niż dzieci niealkoholików (Aronson, Kyllerman, Sable, Sandin, Olegard, 1985; Steinhausen i in., 1982).

Płeć dziecka a wyniki w nauce

Udowodniono, że alkoholizm rodziców wpływa na osiągnięcia w nauce ich dzieci, przy czym na chłopców bardziej niż na dziewczynki (w kwestii braku odporności psychicznej patrz Kern i in., 1981; w kwestii osiągnięć szkolnych patrz Schulsinger i in., 1986). Synowie alkoholików wystawieni są na wyższe ryzyko powtarzania klasy oraz konieczności konsultacji ze szkolnym pedagogiem ze względu na trudności z nauką (Schulsinger i in., 1986). Kern i współpracownicy porównali w 1981 roku wyniki testów zdolności intelektualnych, przeprowadzonych na grupie 20 dzieci z rodzin alkoholowych (w wieku od 8 do 13 lat) z wynikami grupy 20 dzieci ze zdrowych rodzin. U dziewczynek nie stwierdzono znaczących różnic, podczas gdy chłopcy osiągnęli niższe rezultaty w nauce, jeżeli pochodzili z rodziny alkoholowej. Badacze postawili tezę, że obniżone zdolności intelektualne dzieci płci męskiej mogą wynikać z ich postrzegania siebie jako osób niezdolnych do kontrolowania własnego życia i osiągnięć intelektualnych.

Badania w obszarze separacji i rozwodu rodziców

wskazują, że chłopcy mają większe trudności z przystosowaniem się do zmian niż dziewczynki, co wynika z ocen szkolnych i rezultatów testów zdolności kognitywnych (Flake-Hobson i in., 1983; Skeen, McKnery, 1980). Trudności w nauce mogą zatem wpływać nie tylko z faktu posiadania rodziców alkoholików, lecz także z zawirowań rodzinnych lub rozpadu rodziny.

Ubóstwo a wyniki w nauce

Dwudziestoletnie badanie przeprowadzone na grupie 147 dzieci z rodzin alkoholowych o niskich dochodach ujawniło u nich brak optymistycznych perspektyw w zakresie osiągnięć szkolnych, w porównaniu z grupą kontrolną 112 dzieci abstynentów (Miller, Jang, 1977). Dzieci te rzadziej kończyły szkoły średnie. Wiele z nich porzucało edukację ze względu na wczesne zamążpójście czy ożenek i ciążę; trafiały też do wojska lub instytucji pomocy społecznej, a także były wyrzucane ze szkół. Warto zauważyć przy tym, że wszystkie badane dzieci pochodziły z rodzin o niskich dochodach, które borykały się także z innymi poważnymi problemami życiowymi.

Także inne analizy grup dzieci z biedniejszych rodzin podsumowywane są przez naukowców wnioskiem, że czynnikami ryzyka dla dzieci szkolnych są ubóstwo i alkoholizm rodziców, a ich konsekwencje obejmują wyrzucenie ze szkoły, powtarzanie klasy, wagarowanie oraz porzucanie edukacji przed ukończeniem szkoły średniej (Robins, West, Ratcliff, Herjanic, 1977). Chafetz, Blane, Hill

(1971) przeprowadzili z kolei analizę osiągnięć 100 dzieci w wieku 10–11 lat, pochodzących z rodzin alkoholowych, porównując je z tej samej wielkości grupą kontrolną dzieci z niepijących rodzin. Wszystkie dzieci z pierwszej grupy były zarejestrowane w poradniach wychowawczych, pochodziły głównie z uboższych rodzin i cierpiały z powodu problemów emocjonalnych. Rodziny alkoholowe, składające się głównie z samotnych matek, osiągały znacznie niższe dochody niż te niealkoholowe – przeważnie z dwojgiem rodziców. Wnioski badawcze sugerują, że w okresie dojrzewania dzieci rodziców alkoholików częściej miały trudności w szkole, kłopoty z prawem (kontakty z policją czy sądami).

Nie należy zakładać, że samo życie z rodzicami alkoholikami doprowadzi do kolosalnej porażki szkolnej dziecka. Spore znaczenie ma to, jak wcześnie dzieci narażone są na kontakt z alkoholikiem, a także czy w rodzinie doszło do rozwodu lub separacji, oraz czy obecne są inne szkodliwe czynniki (ubóstwo, niestabilność emocjonalna). Wiele zależy również od odporności psychicznej dzieci. Te bardziej odporne osiągają wyższe wyniki w testach kompetencji i są bardziej nastawione na sukces niż dzieci, u których zaburzenia rozwojowe pojawiają się przed 18. rokiem życia (Werner, 1986). Tak jak w przypadku psychologicznego dostosowania się do otoczenia, osiągnięcia szkolne także uwarunkowane są środowiskiem rodzinnym, systemem pomocy społecznej i rodzajem stosowanych mechanizmów kontroli (Clair, Genest, 1987). Niektóre dzieci z rodzin alkoholowych

okazują się relatywnie niewrażliwe na czynniki stresujące i ujemne konsekwencje posiadania rodzica-alkoholika. U innych powyższe względy prowadzą do poważnych zaburzeń.

Przyczyny słabych ocen

Dla niektórych dzieci szkoła jest miejscem ucieczki i sanktuarium bezpieczeństwa. Lubią ją, ponieważ mogą się tam ukryć przed niestabilnością życia rodzinnego, toteż świetnie radzą sobie w klasie. Niekiedy nauczyciele i personel szkolny potrafią zauważyć wysoką motywację i podbudować pewność siebie dziecka, aby wytworzyć u niego także inne umiejętności i samodzielność. Inne dzieci z kolei postrzegają szkołę jako kolejny stresogeny czynnik w i tak już skomplikowanym życiu. Strach przed nauczycielami i porażką, a także brakiem akceptacji przez innych uczniów wzmacnia niepokój i stres dzieci oraz pogarsza ich wyniki w nauce.

Aktorka Suzanne Somers ujawniła, że nigdy nie potrafiła przestać myśleć o domowych problemach. Opisała szkolne niepokoje i słabe oceny wynikające z alkoholizmu ojca następująco:

Szkoła, zamiast być miejscem ucieczki przed domową traumą, stała się drugim więzieniem. W szkole byłam głupia i niedouczone. W domu chowałam się przed tatą, w szkole przed nauczycielką. Zawsze starałam się siadać z tyłu klasy i chować przed wzrokiem siostry Cecile.

Panikowałam, kiedy wywoływała mnie do tablicy. Nigdy nie uważałam. Dzieci w klasie śmiały się ze mnie – nie byłam sprytna, ale chuda.

Dzieci z rodzin alkoholowych nie radzą sobie w szkole z wielu powodów. Zazwyczaj rodzice są na tyle zaabsorbowani własnymi problemami, że przegapiają moment, w którym nauka schodzi na dalszy plan. Nawet gdy dziecko dobrze sobie radzi, rzadko otrzymuje od rodziców wsparcie i pochwały. Kiedy radzi sobie słabo, rodzice strofują je i ganią, a kiedy znakomicie – ignorują. Dzieciom trudno jest skupić się na zadaniach domowych, kiedy w domu normę stanowi chaos. Nieprzewidywalność i niestałość rodzin alkoholowych opisana w rozdziale czwartym bezpośrednio wpływa na wyniki w nauce osiągnięte przez dzieci. Kończenie zadań domowych lub koncentracja na nauce przed sprawdzianem może okazać się zadaniem ponad siły dziecka, które wciąż tkwi w zamęcie. Nauczyciele pełni dobrej woli, ale nieświadomi sytuacji domowej dzieci często ganią je za brak prac domowych.

Rodzice-alkoholicy zazwyczaj niewiele robią na rzecz zapewniania dzieciom wsparcia w nauce w domu, ale mogą wymagać idealnych ocen i odrabiania lekcji. Pomimo domowego zamieszania i niezgody będą oczekiwać od dziecka dobrych wyników w nauce, a to, jak dzieci mają je osiągnąć, to już nie ich problem. Co ciekawe, Chandy i współpracownicy (1993) odkryli, że nastoletnie dzieci z rodzin alkoholowych, którym udawało się dobrze radzić

sobie w szkole, były świadome, że rodzice mają wobec nich wysokie oczekiwania.

Alkoholizm często wysysa z dzieci 90% energii, niewiele pozostaje im na pracę w klasie. Dzieci absorbują kwestia utrzymania normalności i spokoju w domu, toteż nigdy nie myślą o szkole (a jeszcze mniej o zadaniach domowych), gdy zadzwoni ostatni dzwonek. Całą energię poświęcają na próby kontroli i stabilizacji kolejki górskiej, jaką jest ich rodzina, a cała uwaga obraca się wokół pijącego rodzica.

Badania wskazują, że dzieci z rodzin alkoholowych często narzekają na trudności z koncentracją uwagi na pracy szkolnej (Fine, Yudin, Holmes, Heinemann, 1976; Tarter i in., 1984; Wilson, Orford, 1978). Kiepska koncentracja i nieumiejętność skupienia się mogą być związane z FAS, brakiem snu, stresem lub niepokojem o to, co zdarzyło się poprzedniej nocy lub właśnie dzieje się w domu podczas nieobecności dziecka. Takim uczniom trudniej skupić się na zajęciach, ponieważ zastanawiają się, czy dom będzie jeszcze stał, gdy po południu wysiądą ze szkolnego autobusu. Z drugiej strony niektóre dzieci korzystają z marzeń i fantazji o lepszym życiu i innej rodzinie, gdyż potrzebują psychologicznego odprężenia w obliczu potencjalnych zagrożeń czekających na nie po powrocie do domu lub po koszmarnych doświadczeniach poprzedniego wieczoru. Mają coraz gorsze oceny, choć nikt – a najmniej nauczyciele – nie wie, dlaczego.

W konsekwencji zaburzeń rodzinnych dzieci z rodzin alkoholowych uczęszczają zwykle do większej liczby szkół niż

rówieśnicy z niepijących domów (Knop i in., 1985; Schulsinger i in., 1986). Wraz z rodziną często przemieszczają się z miejsca na miejsce, ze względu na eksmisje i zmiany pracy, a także rodzicielskie strategie zmierzające do utrzymania alkoholizmu w tajemnicy (Priest, 1985). Z powodu bezsennych nocy i rodzicielskich pijackich ciągów, dzieci z rodzin alkoholowych charakteryzuje niższa frekwencja szkolna (Haberman, 1966; Kammeier, 1971). Dzieci nie idą też do szkoły, żeby chronić rodzica niepijącego – zwykle matkę – przed alkoholem (Wilson, Orford, 1978). Niska frekwencja powoduje, że dzieci mają w szkole zaległości, co prowadzi często do słabych ocen. Wiele dzieci idzie na lekcje mimo niewyspania, toteż w klasie śnią na jawie albo zasypiają.

Suzanne Somers (1988) opisała, jak trudno było jej utrzymać otwarte oczy w szkole w ten sposób:

Obudziłam się nagle i nie wiedziałam, gdzie jestem; nagle zdałam sobie sprawę, że wszyscy w klasie się ze mnie śmieją. Przy mojej ławce stała siostra Cecile, pytając: „Panno Mahoney, co jest stolicą Montany?”. Nie byłam w stanie myśleć. Jak długo spałam? „Może powinniśmy porozmawiać z dyrektorem o tym, dlaczego śpisz w klasie. Rodzice nie sprawdzają, czy chodzisz spać o właściwej porze?”, pytała. Jak miałam jej powiedzieć, że przez całą noc krzyczeli, wrzeszczeli i bili się? Jak miałam wyznać, że w końcu zasnęłam z płaczem o piątej rano? Jak opowiedzieć o tym, jaka byłam nerwowa, i że to była

rzecz normalna w moim życiu, że ta noc nie różniła się wiele od innych?

Zaburzenia rozwoju i zachowania

Istnieje spora liczba badań, które sugerują, że u dzieci z rodzin alkoholowych pełniących rolę kozła ofiarnego występują różnorodne zaburzenia zachowania i rozwoju. Jak podkreślano już wcześniej, jedynie niewielka część siedmiomilionowej rzeszy amerykańskich DA cierpi na zaburzenia tak poważne, by zwrócić uwagę instytucji wymiaru sądownictwa lub placówek psychiatrycznych. Wciąż jednak jest ich w obu systemach za dużo; około 20% przypadków rozpatrywanych przez sądy dla młodocianych lub poradnie wychowawcze dotyczy dzieci z rodzin alkoholowych (Ackerman, 1983).

Przypadki, w których wzorce zachowań stają się na tyle niewłaściwe, że wymagają profesjonalnej interwencji, zgłaszane są zwykle przez terapeutów, matki i nauczycieli. Dzieci z rodzin alkoholowych w wieku od 8 do 18 lat przyjmowane do klinik psychiatrycznych cechował wyższy poziom zaburzeń zachowania niż dzieci z rodzin abstynenckich, które także trafiały do tych instytucji (Fine i in., 1976). W porównaniu z dziećmi ze zdrowych rodzin charakteryzowały się one niższym stopniem koncentracji uwagi i wrażliwością na bodźce zewnętrzne, natomiast wykazywały wyższy emocjonalny niepokój. Co do zasady były bardziej strachliwe i niepewne, miały trudności z kontrolą temperamentu i podniecenia, a także bardziej polegały na

innych. W sytuacjach społecznych cechowała je agresja i chęć dominacji nad innymi dziećmi. Złościły się i prowokowały inne dzieci do bójek i ataków. Bardziej dystansowały się także (społecznie i emocjonalnie) od wydarzeń wokół, zaabsorbowane własnymi myślami. Podobnie do dzieci autystycznych w wysokim stopniu okazywały wrażliwość na hałasy, silne światło, gorąco lub chłód, i odgradzały się od bodźców wizualnych czy dźwiękowych zasłaniając oczy i uszy.

Badania sugerują również, że przemoc ze strony ojców-alkoholików związana jest z zaburzeniami rozwoju u chłopców i dziewczynek (Wilson, Orford, 1978). Chłopcy (ale nie dziewczynki) w porównaniu z grupą kontrolną częściej wykazywali zaburzenia rozwojowe, a u dzieci z rodzin alkoholowych z agresywnymi ojcami-alkoholikami występowało więcej objawów takich zaburzeń.

Informacje uzyskane od matek pozwoliły wyodrębnić osiem zachowań wyróżniających dzieci z rodzin alkoholowych spośród innych dzieci. Częściej się jąkały i moczyły łóżko po ukończeniu 6. roku życia, wdawały w bójki, miały kłopoty w sąsiedztwie, nieuzasadnione lęki i problemy w szkole, a także izolowały się od rówieśników i wybuchały gniewem (Haberman, 1966). Bezpośrednie obserwacje grupy 229 takich dzieci pozwoliły w połączeniu z informacjami od matek i nauczycieli wysnuć wniosek, że u nich zaburzenia emocjonalne pojawiały się częściej niż w grupie 163 dzieci niealkoholików. Moczenia nocne, zachowania histeryczne i zaburzenia mowy są typowe raczej

dla nich niż grupy kontrolnej. Nauczyciele porównujący synów alkoholików i niealkoholików zgłaszają, że ci pierwsi mają te same cechy osobowości pasywno-agresywnej, co ojcowie (Aronson, Gilbert, 1963).

Inne badania potwierdzają, że wśród dzieci z rodzin alkoholowych występuje konglomerat zaburzeń zachowania (patrz ramka 5.4; Merikangas, Weissman, Prusoff, Pauls, Leckman, 1985; Steinhausen i in., 1984). Dzieci z rodzin alkoholowych charakteryzuje hiperaktywność (Aronson i in., 1985; Bell, Cohen, 1981). Częściej wybuchają gniewem, rzadziej udaje im się skupić uwagę (Steinhausen i in., 1982); uciekają się do zachowań kompensacyjnych, takie jak palenie tytoniu, picie alkoholu i jedzenie (Clair, Genest, 1987), a także wdają się w bójki i impulsywnie zachowują w szkole (Schulsinger i in., 1986).

RAMKA 5.4

Najczęściej zgłaszane zaburzenia zachowania w niewielkiej grupie dzieci z rodzin alkoholowych

Zachowania agresywne względem społeczeństwa

Izolacja od rówieśników

Bójki z rówieśnikami

Kłótniwość i brak chęci do współpracy

Konflikt z prawem

Zachowania wrogie, konfliktogenne i konfrontacyjne

Kradzieże

Kłamstwa

Wagarowanie

Nadużywanie substancji odurzających

Wybuchy gniewu

Nadaktywność

Jedno z badań (Rimmer, 1982) wykazało, że dzieci z rodzin aktywnych alkoholików dwukrotnie częściej miały zaburzenia zachowania niż dzieci z rodzin abstynentów. Najbardziej rozpowszechnionym problemem była niesubordynacja, a za nią kradzieże domowe i problemy z dyscypliną w szkole. Wagarowanie i bójki spotykano również często, a do rzadszych, choć również występujących problemów należały zabawy zapałkami, kradzieże szkolne, ściąganie, wyrzucenie lub zawieszenie w prawach ucznia oraz kłamstwa.

Dzieci z rodzin alkoholowych kłamią czasem, ponieważ wstydzą się, że ich rodzice piją, albo gdy chcą uczynić

rzeczywistość podobną własnym marzeniom. Wcześniej opisany Ted przypisywał sobie prace i osiągnięcia innych dzieci, gdyż czuł się od nich gorszy. Nauczycielka Sheili w przedszkolu opisała, jak dziecko bez przerwy kłamało na temat swoich rodziców alkoholików, tworząc w szkole świat fantazji.

Sheila żyła w wyobrażonym świecie. Zauważałam to szczególnie podczas grupowego opowiadania historyjek, kiedy Sheila wymyślała dziwaczne historyjki o tym, dokąd to mama ją zabierze. Zawsze był to Disneyland, zauważyłam więc pewien schemat. Jeżeli dzieci występujące przed Sheilą wspomniały coś o Disneylandzie, także i ona chwaliła się, że pojedzie tam z mamą. Bardzo szczegółowo opisywała, jak się tam dostaną i kiedy. Pewnego razu jednak Sheila podniosła przedmiot należący do innego dziecka i zaczęła o nim opowiadać. Maty właściciel zaprotestował: „Przecież to moje!”. Sheila nagle ocknęła się z marzeń i bardzo się zawstydziała.

Trudno ocenić, w jakim stopniu zachowania destrukcyjne i problemy z zachowaniem wynikają z alkoholizmu, a w jakim z rozvodu rodziców. Analiza literatury przedmiotu ujawnia jednak, że po uwzględnieniu wpływu rodziny rozbitej, alkoholizm rodzica nie zwiększa ryzyka przestępczości nieletnich bardziej niż rozwód rodzica (West, Prinz, 1987).

Dzieci wykazujące zaburzenia zachowania sygnalizują

otoczeniu, że coś jest nie tak. Pod maską agresywnego, pełnego wrogości i gniewu człowieka ukrywa się małe, przestraszone dziecko. Szesnastoletni Rick stał się kozłem ofiarnym rodziny. Uciekał od samotnie wychowującej go matki, inicjował bójkę w szkole, pił alkohol i używał narkotyków. Podczas pierwszego spotkania grupy terapeutycznej chciał uświadomić wszystkim wokół, że jest „cool” chłopakiem, wystarczająco silnym, by przetrzymać wszystko samemu. Przez wrogość i arogancję jasno okazał, że nie chce brać udziału w terapii i wolałby upić się z kolegami słuchając muzyki. Pierwszego wieczoru terapeuta i młodzież rozwinęli wielki spadochron i bawili się nim w kole. Rick tak mocno się zaangażował, że aż piszczął z radości i przejęcia za każdym razem, gdy spadochron falował. Podrzucał pomysły, jak by go „utemperować”. Wewnętrzne dziecko Ricka wreszcie miało okazję wyjść na światło dzienne. Ku zaskoczeniu terapeutów Rick bardzo skorzystał z programu i w pełni wyzyskał możliwości terapii. Co tydzień aktywnie angażował się w zajęcia plastyczne i pisarskie. Stopniowo odrzucał maskę twardziela, choć wciąż trzymał się kurczowo niektórych dawnych cech, potrzebnych mu do przetrwania.

Samobójstwa

Wszystkie dzieci z rodzin alkoholowych potrzebują interwencji wychowawczych. Te nieliczne, które wymagają natychmiastowej terapii lub skierowania do specjalistycznych placówek to te, które okazują – ale nie

ukrywają – ból i frustrację. Kierują je przeciw społeczeństwu, zachowując się niezgodnie z prawem i wykazując zaburzenia rozwojowe, ale także działają przeciw sobie, podejmując próby samobójcze.

Prawie jedna piąta nastolatków dokonujących prób samobójczych pochodzi z rodzin, w których co najmniej jedno z rodziców jest alkoholikiem (Hafen, Frandsen, 1986). Patrick McKenry wraz ze współpracownikami z Uniwersytetu Stanowego Ohio przeprowadzili serię badań wykazujących, że dzieci z rodzin alkoholowych obciąża wysokie ryzyko prób samobójczych (McKenry, Tischler, 1987; McKenry, Tischler, Kelley, 1983; Tischler, McKenry, 1982). Badacze obserwowali grupę 92 nastolatków (w wieku od 12 do 18 lat) przyjętych w trybie nagłym na izbę przyjęć szpitala dziecięcego w Columbus, Ohio. Połowa z nich podjęła próbę samobójczą, a druga została przyjęta z powodu pomniejszych, niezwiązanych z usiłowaniem samobójstwa urazów.

Rodzice nastolatków po próbie samobójczej częściej spożywali alkohol i używali narkotyków w większych ilościach niż rodzice drugiej grupy. Nastolatki z grupy pierwszej także co do zasady częściej korzystały z alkoholu, antydepresantów, marihuany i innych środków stymulujących. Leki i narkotyki posłużyć miały jako środek do popełnienia samobójstwa w 39 z 46 przypadków. Podczas badań klinicznych 24% młodocianych po próbie samobójczej zgłosiło, że co najmniej jedno z ich rodziców jest poważnie uzależnione od alkoholu lub narkotyków. Jedna trzecia

natomiast skorzystała przy tej próbie z narkotyków lub leków należących do rodziców. Rodzicom tej grupy młodych ludzi gorzej powodziło się w życiu, cechował ich wyższy poziom depresji i niepokoju, a także myśli samobójcze i niższe poczucie własnej wartości niż u grupy rodziców nastolatków, które nie podjęły próby samobójczej. Wiele z powyższych objawów występuje także u aktywnych alkoholików.

Badania potwierdziły zatem wcześniejsze doniesienia – niektóre nastolatki reagują na alkoholizm rodziców usiłowaniem popełnienia samobójstwa, buntem, zaburzeniami psychicznymi i konfliktem z prawem (Kearney, Taylor, 1969). Inne publikacje wskazują, że dorośli mężczyźni dorastający w domach alkoholowych, którzy jako dzieci padli ofiarą maltretowania, częściej wykazywali niepokój i stosowali przemoc domową, pili w ilościach zagrażających życiu, podejmowali poważne próby samobójcze i wchodzili w konflikt z prawem buntując się przeciwko autorytetom w porównaniu z grupą mężczyzn dobrze traktowanych w dzieciństwie (badanie przeprowadzone na grupie ze średnią wieku 56 lat, Kroll, Stock, James, 1985). W kolejnym badaniu obejmującym próbę 50 trzydziestoletnich dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych aż 44% zgłosiło, że świadomie i umyślnie próbowało zranić się lub pozbawić życia po osiągnięciu dorosłości (Weatherford, 1988).

Porady dla opiekunów i terapeutów

Nauczyciele, doradcy i personel szkolny stoją ze względu

na codzienny, częsty kontakt z dziećmi alkoholików na lepszej pozycji niż wielu innych profesjonalistów. Choć nie mogą, i nie powinni, pełnić roli terapeutów, pracownicy szkoły są w stanie wdrażać różnorodne pomocne praktyki, które ostatecznie doprowadzą do zmiany w życiu dzieci. Jeden z mówców na konferencji amerykańskiego Narodowego Stowarzyszenia na rzecz Dzieci Alkoholików z 1988 roku wyznał przez łzy, że był niegdyś zagubionym, nieśmiałym dwunastoletnim buntownikiem, którego życie odmienił anioł – nauczyciel, który opowiedział mu o grupach Alateen. Dzisiaj wspomniany mówca jest zdrowiejącym dorosłym dzieckiem alkoholika, jednym z liderów przeciwdziałania uzależnieniom. Jego przypadek, tak jak i wiele innych dzieci następczających swoim zachowaniem problemy, potrzebował pomocnego gestu ze strony troskliwej osoby z zewnątrz.

Spójrz poza zewnętrzne objawy

Niektóre dzieci z rodzin alkoholowych potrzebują w szkole więcej okazji do odnoszenia sukcesów, by móc w pełni uwolnić swój potencjał. Spróbuj dojść do tego, co kryje się za dziecięcą tendencją do odpływania myślami, niemożnością koncentracji czy zasypianiem na lekcjach. Ze współczuciem porozmawiaj z dzieckiem o przyczynach powyższych i podobnych zachowań. Kiedy zyskasz umiejętność odsunięcia objawów na bok i ustalisz, że w rodzinie występuje uzależnienie od alkoholu, zaczniesz dostrzegać znaczące zmiany postawy i zachowania –

u dziecka i u siebie.

Zapewnij dodatkową uwagę

Bardzo zestresowanym dzieciom możesz pomóc przeznaczając określoną ilość czasu pod koniec zajęć szkolnych na wykonywanie zadań domowych, tak by nie rosły im zaległości (Brenner, 1984). Niektóre dzieci z rodzin alkoholowych mogą potrzebować dodatkowej uwagi, by rozwiązywać zadania w klasie. Jednym z rozwiązań może być poświęcenie kilku minut na indywidualną pracę z dziećmi, którym trudno ukończyć zadanie, ze strony nauczyciela, doradcy, chętnej osoby z grona rodziców lub nawet innego dziecka. Dla takiego dziecka może to stanowić okazję do nawiązania bliższej relacji z osobą, która życzliwie go posłucha i zapewni mu wsparcie. Dodatkowa uwaga sprawia, że dziecko poczuje się otoczone troską; da mu także szansę na rozmowę o niepokojących myślach i uczuciach, zakłócających naukę. Chłopcy z rodzin alkoholowych mogą szczególnie potrzebować indywidualnej porady, jeśli zważyć, że wydają się szczególnie podatni na negatywne konsekwencje alkoholizmu rodziców. Ich obniżone zdolności umysłowe mogą wynikać z faktu, że uważają siebie samych za niezdolnych do kształtowania swego losu w zakresie aktywności intelektualnych (Kern i in., 1981). Jeżeli będziesz świadom czy świadoma zmian w otoczeniu rodzinnym uczniów (rozwoły rodziców i nowe przybrane rodziny dzieci), będziesz w stanie skuteczniej pomóc im przejść przez dodatkowe trudności.

Wzmacniaj właściwe zachowania

Szczególnie dużą wagę przykładaj do chwalenia dzieci za sukcesy osiągnięte w klasie oraz realizowane cele – wysiłek, dobre oceny i zachowanie. Dzieci potrzebują pochwał, których nie doczekają się być może w domu. Zadania, które uświadamiają dzieciom, że mogą zapanować nad swoim otoczeniem, zaszczepiają w nich poczucie kompetencji i wysokiej wartości własnej.

Wspieraj rodziców

Staraj się konsekwentnie zachowywać obiektywizm i życzliwość wobec rodziców. Zatrósz się o nieformalną atmosferę, w której rodzice mogą podzielić się troskami i poradami związanymi z dziećmi. Ważne, by rodzice czuli, że zawsze mogą podyskutować o problemach dotyczących dzieci ze szkolnym personelem. Możesz ułatwić rodzicom podzielenie się informacją o alkoholizmie bez zbędnego wścibstwa, mówiąc na przykład: „Molly krąży ostatnio myślami z daleka od nauki i wydaje się, że dużo śni na jawie. Czy powinnam może o czymś wiedzieć?”. W ten sposób otwierasz rodzicom furtkę, dzięki której mogą wspomnieć o problemach osobistych bez oskarżeń i stawiania kogokolwiek w defensywie. Należy pamiętać, że rodzice-alkoholicy przechodzą w życiu kryzys i mogą nie być w stanie pełnić tej roli w sposób, jaki by ich satysfakcjonował. Choć nie świadczy o tym ich zachowanie, wszyscy uzależnieni od substancji chemicznych rodzice kochają swoje dzieci, ale choroba przeszkadza im w wyrażaniu i okazywaniu miłości.

Pamiętaj o tym, że zarówno uzależnionego, jak i współuzależnionego rodzica powinnaś czy powinienś traktować z takim samym szacunkiem i z troskaniem. Nigdy nie stawaj po stronie rodzica współuzależnionego przeciwko drugiemu lub po stronie dziecka przeciwko rodzicom-alkoholikom. Obwinianie i stawanie po którejś ze stron przynosi efekty odwrotne do zamierzonych i jest niezgodne z podejściem do alkoholizmu jako choroby. Takie strategie umacniają tak naprawdę linie frontu, do których przyzwyczajone są dzieci w dysfunkcyjnych rodzinach i pogłębiają rodzinne podziały. Choć może to być trudne, pamiętaj, że rodzice cierpiący na chorobę alkoholową także potrzebują empatii i zrozumienia – w wielu przypadkach toczą zapamiętałą walkę z własną chorobą.

ROZPOZNAWANIE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH

PRZYPADEK 6.1

Mam same złe wspomnienia z dzieciństwa. Rodzice najpierw ostro nadużywali narkotyków, takich jak LSD, w latach 60., a potem jeszcze alkoholu. Uzależnili się na tyle, że wszystkie pieniądze wydawali na kwas i alkohol. Matka machnęła na mnie ręką, kiedy miałam cztery lata. Pamiętam, jak leżała w sypialni gapiąc się w sufit - potrafiła tak spędzać całe dni.

Kiedy w wieku czterech lat poszłam do przedszkola, z jakiegoś powodu chciałam doprowadzać malutkie dzieci do płaczu. Wchodziłam do sali dla maluchów i ciągnęłam je za włosy. Nie wiedziałam, dlaczego chciałam usłyszeć ich płacz. Pamiętam, że matka zwykle ciągnęła mnie za włosy, kiedy

była na haju – szarpała bez żadnego powodu. Teraz, kiedy jestem dorosła, wiem już, że odczuwałam złość na matkę z tego powodu i używałam jedyne go dostępnego mi sposobu, żeby wołać o pomoc. Ale nikt nie słuchał. Wciąż mam przed oczami przedszkolankę i wszystkie maluchy wokół niej, podczas gdy ona na mnie krzyczy. Widzę jej twarz do tej pory. Bardzo się denerwowałam – musiałam iść do ubikacji, a ona mi nie pozwalała. Zbiła mnie plastikową łopatką z całej siły, a ja nie wytrzymałam i posiusiałam się, choć wciąż mnie biła. Nie zapomnę tego do końca życia. Nigdy nie zapomnę też przedszkola. Do tej pory mam w pamięci koszmary związane z tym paskudnym miejscem!

Deidre

Etap przedszkolny

Deidre jest jedną z milionów niewidzialnych, zapomnianych i ignorowanych dzieci z rodzin alkoholowych (Bosma, 1972; Black, 1982), które cierpią w milczeniu (MacDonald, Blume, 1986). Większość z nich przemyka nam na co dzień przed oczami, pozostając niezauważone, dopóki nie przyniosą, czy nie stworzą kłopotów. Nawet wtedy, gdy są przyczyną problemów, profesjonaliści pracujący z dziećmi skupiają się raczej na objawach niż przyczynach trudności – co ilustruje przypadek nauczycielki Deidre, która ukarała i upokorzyła dziecko za ciągnięcie innych maluchów za włosy. W poprzednich rozdziałach omówiono zagadnienia psychologiczne i zdrowotne, a także problemy szkolne i behawioralne, które wyrastają z doświadczeń z czasów

przedszkolnych, choć ujawniają się w szkole podstawowej.

Potrzeba wczesnej identyfikacji

Dzieci z rodzin alkoholowych w wieku przedszkolnym zaniedbane są o wiele bardziej niż pozostałe dzieci w jakimkolwiek innym wieku. Nie istnieją mianowicie skuteczne metody identyfikacji i terapii takich dzieci, nie przeprowadza się także wśród nich badań. Osoby pracujące z dziećmi i naukowcy odkładają proces identyfikacji takich dzieci oraz terapię do czasu, gdy osiągną wiek 8 lub 9 lat i są dość duże, by przejść testy lub opowiedzieć, że dzieje się coś niedobrego. Wtedy jest już za późno. U podłoża jaskrawego zaniedbania przedszkolaków leży najwyraźniej założenie, że przed nabyciem umiejętności czytania i pisania nie ma mowy o poważnym wpływie alkoholizmu na dziecko. Badania nad dziecięcym rozwojem dowodzą jednak niesłuszności takiego rozumowania. Lata przedszkolne są najważniejszym etapem rozwoju, na którym tworzą się zręby dojrzałej osobowości.

Większość autorytetów jest zgodna, że najlepszym miejscem do wykrywania oraz objęcia dzieci z rodzin alkoholowych terapią jest szkoła, ponieważ system szkolny zapewnia stały kontakt i dostęp do dzieci w trakcie ich dorastania (Ackerman, 1983; Deutsch, 1982; DiCicco, Davis, Orenstein, 1984; McElligatt, 1986; Morehouse, Scola, 1986). Szkoły powinny nadal odgrywać bardzo ważną rolę w tym procesie, ale próby identyfikacji tych dzieci należy koniecznie podejmować już wcześniej, na etapie przedszkolnym. Nie powinno się odsuwać w czasie zarówno

wykrywania, jak i inicjacji terapii do pierwszej lub drugiej klasy, ze względu na potwierdzone obserwacjami klinicznymi fakt: mechanizmy zaprzeczania i role rodzinne są już głęboko utrwalone u dziewięcioletnich dzieci (Black, 1987). Interwencja podjęta w wieku przedszkolnym może zakłócić chorobowy cykl alkoholowy, zanim na dobre usztywnią się dysfunkcjonalne wzorce zachowań.

Przeszkody na drodze do wczesnej identyfikacji

Przyczyny, które sprawiają, że w szkołach podstawowych nie rozpoznaje się dzieci alkoholików, stoją również za niską ich wykrywalnością w przedszkolach. Wiele osób pracujących z dziećmi nie przeszło odpowiednich szkoleń, toteż nie wie wystarczająco wiele o alkoholizmie i nie zauważa jego konsekwencji. Mogą również nie wiedzieć, jak zapytać o nadużywanie alkoholu w rodzinie lub czuć się niezręcznie dopytując o osobiste sprawy dziecka. Inną blokadę mogą stanowić ich własne lęki związane z ewentualnym strauumatyzowaniem dzieci, wzbudzeniem gniewu rodziców lub spowodowaniem zamieszania (McElligatt, 1986).

Mimo powyższych przeszkód, w dzisiejszych czasach bardziej niż kiedykolwiek przedtem możliwa staje się interwencja wśród małych dzieci – są objęte systemem opieki przedszkolnej, powstaje też coraz więcej placówek publicznych dla trzylatków i czterolatek. Mimo stałego kontaktu z dziećmi nie jest łatwo rozpoznać problem wśród

maluchów do lat sześciu; wręcz trudniej niż wśród dzieci szkolnych. Dzieci z rodzin alkoholowych nie mają wspólnych, wyróżniających cech, toteż niełatwo je zauważyć. Zupełnie inaczej sprawa wygląda wśród dzieci z zespołem Downa lub w spektrum autyzmu, a nawet tych maltretowanych fizycznie, ze względu na określone wspólne oznaki problemu.

Standardy procedur zmierzających ku wyodrębnieniu dzieci z rodzin alkoholowych stworzono z myślą o dzieciach w wieku szkolnym i omówiono w dalszej części rozdziału. Test CAST (Children of Alcoholics Screening Test, przesiewowy test dla tych dzieci; Jones, 1983) oraz inne metody standardowe opracowano dla dziewięciolatków i dzieci starszych. Nie są odpowiednie dla przedszkolaków, bowiem uczestnicy muszą wypełniać formularze, a zatem umieć czytać i pisać. Dzieci przedszkolne i pozbawione tych umiejętności są zatem automatycznie wykluczone ze standardowych procedur identyfikacji, i znacznie trudniej je wyodrębnić.

Jedną z najbardziej efektywnych technik stosowanych przy rozpoznawaniu dzieci starszych w wieku szkolnym jest relacja dziecka o samym sobie. Także ta metoda nie jest odpowiednia dla przedszkolaków, gdyż nie osiągnęły jeszcze stopnia rozwoju pozwalającego na swobodną werbalizację uczuć lub myśli na temat alkoholizmu, w przeciwieństwie do dzieci starszych. Nie mogą także w formie pisemnej opisać własnych emocji, odpowiedzieć na pytania ankiety czy wypełnić testy. Także zdolności ekspresji artystycznej nie rozwinęły się jeszcze u nich na tyle, by stosować ją jako

godne zaufania źródło danych do diagnozy ze względu na niższy poziom szczegółowości prac w porównaniu z uczniami szkół podstawowych.

Można jednak rozpoznać wśród przedszkolaków dzieci z rodzin alkoholowych, choć wszystko zależy tu od subiektywnych wrażeń ich opiekunów. W życiu małego dziecka są cztery obszary, które należy przeanalizować, by określić, czy stres i ewentualne nadużywanie substancji chemicznych towarzyszą dziecku w życiu codziennym. Chodzi tutaj o (1) czynności wykonywane codziennie, (2), zachowanie podczas zabawy, (3) przystosowanie emocjonalne i (4) relacje z rodzicami. Analiza czterech obszarów może prowadzić do zidentyfikowania sygnałów alarmowych przedstawionych w ramce 6.1.

RAMKA 6.1

Dwadzieścia oznak pomocnych w identyfikacji DA w wieku przedszkolnym

1. Trudności z zasypianiem
2. Utrzymujące się zmęczenie lub senność
3. Regres w treningu czystości
4. Skrajnie nietypowe zachowania związane z jedzeniem
5. Trudności z przyjmowaniem zmian w otoczeniu lub nawykach
6. Opóźnienia rozwojowe
7. Regularne powroty do tematyki alkoholowej podczas zabawy w teatr
8. Zabawa w izolacji od innych
9. Brak umiejętności podtrzymywania uwagi
10. Hiperaktywność
11. Nagłe i nietypowe zmiany w zachowaniu
12. Często występująca kapryśność i niecierpliwość
13. Nagminne wybuchy gniewu, atakowanie innych dzieci
14. Zachowania regresywne: ssanie palca, gaworzenie
15. Przesadny lęk przed nieznanymi osobami i w nowych sytuacjach
16. Przesadzony lęk separacyjny, tendencja przywierania do dorosłych
17. Lękowe wzorce przywiązania
18. Autorytaryzm, nierealistyczne oczekiwania po stronie rodziców
19. Obojętność rodziców, częste nieobecności dzieci w przedszkolu
20. Oznaki zaniedbania, przemocy fizycznej lub molestowania seksualnego

Monitorowanie codziennych czynności

Ważnym etapem rozwojowym w życiu dzieci w wieku przedszkolnym jest rozwój nawyków związanych

z zasypianiem, korzystaniem z toalety, jedzeniem oraz przystosowaniem do zmian. Trwałe kłopoty z któryś z powyższych nawyków sugerują istnienie głębszych problemów, być może związanych z nadużywaniem alkoholu przez rodzica/rodziców. Podobne podłoże mogą mieć również występujące u dzieci przedszkolnych opóźnienia rozwoju psycho-motorycznego, kognitywnego, językowego oraz społeczno-emocjonalnego.

Trudności z zasypianiem

Zdrowe niemowlęta przesypiają ponad połowę pierwszego roku życia; przez pierwsze 2 miesiące śpią nawet 17 godzin na dobę, choć w 3 miesiącu życia już jedynie około 14. Potrafią przespać całą noc w okolicy 6 miesiąca życia. W pierwszych 12 miesiącach normą jest u dzieci bardzo wiele snu. W miarę dorastania dzieci potrzebują jednak coraz mniej snu, toteż po ukończeniu pierwszego roku życia stałe zmęczenie, letarg i chęć spania dłużej sygnalizują problem fizyczny lub obniżenie stanu emocjonalnego. Obie kwestie mogą mieć związek z alkoholizmem w rodzinie.

Rodzice spodziewają się, że z ukończeniem 2 lat dzieci dostosują swoje godziny spania do zwyczajów panujących w rodzinie; większości udaje się to bez większych opóźnień. Wzorce spania stanowią idealny wskaźnik tego, czy przedszkolaki przystosowują się do otoczenia i czy życie układa im się pomyślnie. Zupełnie jak w przypadku dorosłych, którzy mają trudności z zasypianiem przy zmartwieniach, zaburzenia cyklu snu wskazują na istnienie

problemów także wśród dzieci przedszkolnych. Gdy dziecko uczy się chodzić, pojawiają się zwykle u niego oznaki pierwszych koszmarów sennych, przy czym niektóre ze złych snów towarzyszą nowo nabytej przez dziecko zdolności symbolicznej reprezentacji. Powtarzające się koszmary senne, zakłócenia lub zaburzenia rytmu snu, odmowa lub strach przed drzemką mogą wskazywać na potencjalne problemy związane z alkoholem.

Nawyki związane z czynnościami fizjologicznymi

Nauka siadania na nocniku stanowi etap rozwojowy osiągniany przez każde dziecko w indywidualnym tempie, ale większość z nich kontroluje zwieracze przeciętnie około 27 miesiąca życia. Dzieci w wieku 33 miesięcy są zwykle w stanie przespać całą noc bez moczenia się. Nawet, gdy dziecko dobrze już panuje nad potrzebami fizjologicznymi, rzeczą normalną są przypadki zmoczenia się lub zabrudzenia. Zdarzają się one często jednak także wtedy, gdy dziecko przeżywa nienormalny niepokój lub traumę. Zachowania regresywne w kontrolowaniu czynności fizjologicznych stanowią naturalną reakcję dziecka przedszkolnego, które przeżywa nadmierną ekscytację, chorobę, zmianę codziennej rutyny czy niepokój i strach. Nadużywanie alkoholu w rodzinie może prowadzić do powtarzającego się regresu nawyków toaletowych – częstego moczenia nocnego lub brudzenia bielizny nawet po tym, jak dziecko nauczyło się już samodzielnie korzystać z toalety.

Nawyki związane z jedzeniem

Po ukończeniu 12 miesięcy życia większość niemowląt je trzy razy dziennie. Utrata apetytu i niechęć do spróbowania nowej potrawy są rzeczą normalną u dziecka uczącego się chodzić, które rośnie i szczupleje. Nienormalne dla dziecka przedszkolnego zachowania to głodzenie się, kompulsywne objadanie, rytuały związane z jedzeniem oraz nadmierne nim zainteresowanie. Wiemy, że kompulsywne zaburzenia odżywiania to jedna z cech typowych dla dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych, która może rozwinąć się z nawyków jedzeniowych nabieranych przez dziecko w pierwszym roku życia. Matki nadopiekuńcze lub nadmiernie niepokojące się o dziecko często karmią je, gdy tylko zapłacze. Bywa, że przekarmiają niemowlęta, traktując pokarm jako substytut miłości, której nie mogą im zapewnić. Z kolei dla dzieci jedzenie staje się substytutem miłości, której nigdy nie otrzymały od rodziców alkoholików. U przekarmianych dzieci mogą rozwinąć się kompulsywne nawyki jedzeniowe i otyłość. Jeżeli cierpią na nadwagę, komórki tłuszczowe o wielkości takiej jak u dorosłych, rozwijają się u nich jeszcze przed ukończeniem drugiego roku życia. Takich niepotrzebnych komórek trudno pozbyć się poprzez odchudzanie w dorosłym wieku, toteż otyłe dzieci wyrastają raczej na otyłych dorosłych (Flake-Hobson i in., 1983).

Oznaką problemu może być również skrajność z drugiej strony skali, tj. trwały brak apetytu, grymaszenie i objawy niedożywienia. Dzieci z rodzin alkoholowych sygnalizują niepokój i depresję utratą apetytu, tak jak i dorośli. Dzieci

zaniedbywane, które nie otrzymują w domu odpowiednio dużych i zbilansowanych posiłków, będą wymizerowane. Chude dzieci, które jedzą, jakby miały żołądki bez dna lub regularnie zabierają jedzenie innym, mogą być zaniedbywane przez rodziców alkoholików.

Przyjmowanie zmian w otoczeniu

Wszystkim przedszkolakom potrzeba stałości i przewidywalności w życiu codziennym, tak w domu, jak i przedszkolu. Dzieci niezagrożone niestabilnością w rodzinie są w stanie poradzić sobie z okazjnymi zmianami w rozkładzie dnia. Jednakże dzieci z rodzin alkoholowych i chaotycznych będą się niepokoić, jeżeli plan dnia ulegnie zmianie. Opiekunowie zauważyć mogą zwłaszcza trudności w przyjmowaniu zmian w otoczeniu – zakończeniu jednej i rozpoczęciu kolejnej czynności wpisanej w rozkład przedszkolnego dnia. Dzieci z rodzin alkoholowych mogą z trudem odrywać się od tego, co robią, upierać się przy poprzedniej czynności lub okazywać niepokój i złość przy okazji zmiany. Niespodzianki, które prowadzą do reorganizacji dnia, mogą dla nich stanowić emocjonalne utrapienie.

Opóźnienia rozwojowe

Normy rozwojowe są dla osób pracujących z dziećmi użytecznym narzędziem przy wykrywaniu opóźnień w rozwoju. Poważne opóźnienia mierzone odchyleniem od tych norm mogą sygnalizować trudności związane

z alkoholem w rodzinie. Maluchy opóźnione pod względem rozwoju językowego lub motorycznego należy wskazać opiekunom jako dzieci z potencjalnym zaburzeniem rozwojowym. Zwłaszcza dzieci z alkoholowym zespołem płodowym będą cierpieć wskutek opóźnień rozwojowych w różnych obszarach. W grę wchodzić będą zapóźnienia fizyczne i intelektualne oraz zaburzenia percepcyjno-motoryczne.

Profesjonalistom należy przypomnieć, że normy stanowią jedynie uśrednienie wszystkich wyników, toteż różne dzieci opanowują poszczególne umiejętności w różnym tempie. Jedynie sekwencja zdobywania umiejętności pozostaje na ogół taka sama. Dziecko nie zacznie raczkować, samodzielnie siadać czy chodzić dokładnie według harmonogramu i norm, ponieważ ma własny zegar biologiczny, nabywa kolejne zdolności we własnym tempie. Nadal jednak normy stanowią użyteczne narzędzia, wykorzystywane przez wykwalifikowanych opiekunów i pracowników służby zdrowia w celu wykrycia opóźnień rozwojowych związanych potencjalnie z alkoholizmem rodziców. Nauczyciele przedszkolni mogą w porozumieniu z rodzicami skierować dzieci wykazujące poważne opóźnienia w rozwoju na odpowiednie leczenie.

Obserwacja zabawy

Zabawa to nie tylko warsztat rozwoju umiejętności społecznych; to także ważny element rozwoju emocjonalnego. Dzięki zabawie dzieci mogą zmierzyć się

z rzeczywistością w niegroźny, bezpieczny sposób, ponieważ pomaga im ona poradzić sobie z lękami spowodowanymi przez traumy, takie jak alkoholizm. Jak lustro, zabawa małych dzieci odbija ich uczucia i myśli. Poprzez obserwację zabawy opiekunowie poznają wiele sekretów dziecięcego rozwoju.

Zabawa w teatr

Dzieci w wieku przedszkolnym uwielbiają zabawę w teatrzyk, w której odgrywają scenki zaobserwowane w życiu codziennym. W sali przedszkolnej organizuje się zazwyczaj kącik specjalnie przeznaczony na zabawę w dom czy teatr. Rekwizyty – kostiumy do przebierania, puste puszki po konserwach czy pudełka po płatkach śniadaniowych, lalki – leżą pod ręką i pomagają aktywizować zabawę. Dzieci odreagowują radości i frustracje, a także powtarzają na niby scenariusze podpatrzone w domu. Dorośli mogą wyczuć, że coś jest nie tak, jeżeli dziecko zaczyna używać rekwizytów udających butelki i puszki z piwem, albo naśladuje pijących rodziców i odgrywa ich kłótnie i konflikty podczas zabawy w dom.

W ramach niektórych programów terapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych mają one okazję rozładować emocje korzystając z przygotowanych specjalnie rekwizytów do zabawy: puszek po piwie, butelek wina i wódki, kufla czy kieliszków, a także Wielkiej Księgi Anonimowych Alkoholików (Alcoholics Anonymous Big Book). Motywy, które regularnie przewijają się w zabawach małych dzieci

z rodzin alkoholowych, to przemoc, gniew, poczucie winy i strach (Hammond, 1985). Lęk przed porzuceniem i kłótnie rodziców równie często odgrywane są w sali przedszkolnej. Czteroletni Brad wyraźnie obawiał się o własne psychiczne i fizyczne bezpieczeństwo, i okazywał lęk w zabawie – wziął z półki z rekwizytami pustą puszkę po piwie, udał, że nalewa z niej coś do szklanki, i powiedział terapeutce, żeby to wypić. Oto ciąg dalszy scenki:

Brad: To trucizna.

Terapeuta: O nie! Od razu niedobrze się czuję.

Brad: Zadzwońię po doktora.

Terapeuta: Dziękuję.

Brad: Doktor mówi, że już wyzdrowiałeś.

Terapeuta: O, to dobrze.

(Hammond, 1985, s. 12).

Dzieciom przedszkolnym możliwość odgrywania takich scenariuszy i rozwiązywania problemów daje potężne poczucie kontroli nad własnymi lękami i niepokojem.

Etapy zabawy

Dzieci przedszkolne w wieku od 2 do 5 lat zaczynają zwykle mniej bawić się same, a w większym stopniu włączać do zajęć grupowych (Parten, 1932). Tym pochodzącym z rodzin alkoholowych trudniej będzie zaliczać kolejne etapy socjalizacji. Dorośli częściej zaobserwują je w trakcie zabawy osobnej – bez zaangażowania, obserwacyjnej, samotnej czy

równoległej – niż zabawy wspólnej (tj. towarzyszącej czy kooperacyjnej).

Podczas zabawy *niezaangażowanej* dzieci nie bawią się, a tylko przelotnie zajmują czymś, co przykuwa na chwilę ich uwagę. Przy zabawie *obserwacyjnej* podpatrują inne bawiące się dzieci, zadając im pytania i podsuwając sugestie, ale niekoniecznie dołączając do zabawy. Dzieci mogą też bawić się zabawkami *samotnie* i niezależnie od innych, czasami w zasięgu głosu. Między 18 a 24 miesiącem życia dzieci rozpoczynają zabawy *równoległe* – bawią się obok siebie, ale niezależnie, często sprzecząc się o jedną zabawkę. Zabawa *towarzysząca* zaczyna pojawiać się wśród dzieci po przekroczeniu trzeciego roku życia, i polega na zabawie z rówieśnikami uczestniczącymi w podobnych czynnościach. Typowe w tej fazie socjalizacji jest dzielenie się i pożyczanie sobie zabawek. Najbardziej uspołecznioną formą zabawy jest *kooperacja*, w której dzieci łączą się w grupy w celu wytworzenia jakiegoś przedmiotu lub osiągnięcia wspólnego celu. Pięciolatki i sześciolatki włączają się w zabawę kooperacyjną z wyznaczaniem sobie nawzajem ról i odgrywaniem ich. Jeżeli pięcioletek nadal spędza większość czasu na zabawie obserwacyjnej, samotnej lub równoległej, może to wzbudzić niepokój opiekuna.

Podtrzymywanie uwagi i nadaktywność

Troskę budzą również dzieci, które nie są w stanie skoncentrować się podczas zabawy z wykorzystaniem zabawek i które przeskakują nagle od jednej czynności do

drugiej. Nadaktywność wśród dzieci w wieku przedszkolnym stanowi jeden z głównych sygnałów alkoholizmu rodzica i częsty skutek uboczny alkoholowego zespołu płodowego. Jej objawy obejmują: trudność w skupieniu na czymś uwagi, wysoki poziom aktywności motorycznej, słaba kontrola impulsów i zachowania służące zwróceniu na siebie uwagi. Przedszkolaki nie są zazwyczaj zdolne do dłuższej koncentracji, potrzebują wiele ruchu, a trudność sprawia im pozostawanie dłuższy czas w pozycji siedzącej. Stopniowo jednak okres możliwej koncentracji małych dzieci wydłuża się. Ewentualny alkoholizm w rodzinie odzwierciedlają następujące zachowania dzieci przedszkolnych: niemożność usiedzenia w miejscu podczas czytania krótkich historyjek lub zajęć muzycznych; brak umiejętności planowania i kończenia zaczętych aktywności; brak cierpliwości i entuzjazmu do pracy przy grupowym przedsięwzięciu, wymagającym poświęcania uwagi przez kilka kolejnych dni.

Nagłe zmiany podczas zabawy

Nieoczekiwane zmiany zachowania dzieci w wieku szkolnym mogą wskazywać na rodzinny alkoholizm. Podobne raptowne zmiany obserwuje się u przedszkolaków z rodzin z problemem alkoholowym. Kłopoty sygnalizuje na przykład nagłe wycofanie się i zamknięcie w sobie dziecka towarzyskiego, a także niespodziewane popisywanie się u dziecka nieśmiałego. Drastyczna zmiana, jaka nastąpiła u Jacoba, objawiła się jego niechęcią do eksplorowania całej sali zabaw. Deidre zaczęła z dnia na dzień wyrywać dzieciom

włosy. Te dwa przypadki to skrajne przykłady objawów frustracji i lęku przed rodzicami alkoholikami.

Podobnie niepokojące jest zachowanie dziecka, które nagle podczas zabawy zaczyna atakować inne dzieci czy przedszkolne zwierzątka. Opiekunowie powinni uważać na dzieci, które w zabawie nadzwyczaj często i intensywnie stosują udramatyzowaną przemoc bądź zbyt skupiają się tylko na jednym typie zachowań. Pięcioletni Lenney miał w przedszkolu do dyspozycji mnóstwo różnych zabawek i aktywności: klocki, samochodziki, zajęcia plastyczne, przebieranki, zabawę w dom i tak dalej. Zamiast tego nieznużenie chodził po sali przedszkolnej z kijkiem, który raz stanowił dla niego karabin maszynowy, a chwilę później maczetę, którą mógł ścinać i siać zniszczenie. Pewnego dnia, gdy pań przedszkolank nie było w pobliżu, Lenney wyjął z klatki grupowego chomika i go zadusił.

Uwagę opiekuna zwrócić powinny nie tylko najbardziej jaskrawe i skrajne ograniczenia liczby i rodzaju aktywności dzieci. Maluchy, które nagle absorbują jeden przedmiot albo zabawa powtarzana codziennie w ten sam, rytualny sposób, również są źródłem troski. Na przykład Marcy nabrała zwyczaju przytulania i kołysania lalki, powtarzając: „Mamusia cię kocha”.

Ocena przystosowania emocjonalnego

Reakcje dzieci na rozmaite codzienne sytuacje mogą stanowić barometr stabilności i bezpieczeństwa ich życia rodzinnego. Opiekunowie wychwytyją sygnały

o ewentualnym alkoholizmie w rodzinie dziecka obserwując jego nastroje, kontrolę nad własnymi emocjami, zachowania regresywne i stopień, w jakim radzi sobie z lękiem separacyjnym.

Dzieci o zmiennym usposobieniu

Każde dziecko cechuje odmienny temperament, widoczny nawet w wieku niemowlęcym, kiedy niektóre dzieci zyskują etykietkę „łatwych”, a inne „trudnych”. Te ostatnie to zwykle dzieci o nieuregulowanych funkcjach biologicznych, nastawione niechętnie i chłodno do nowopoznanych ludzi oraz sytuacji, a także takie, które niełatwo dostosowują się do zmian i intensywnie okazują negatywne emocje. Dzieci „łatwe” charakteryzuje uregulowanie funkcji biologicznych (głód, sen, wydalanie), wraz z pozytywnym stosunkiem do nowości, łatwym dostosowywaniem się do zmian rutyny i sytuacji, a także łagodnym, przeważnie wesołym nastrojem (Thomas, Chess, 1980).

Niektóre dzieci sprawiają trudności wychowawcze z uwagi na wrodzony temperament. Porównywanie charakteru dzieci może jednak posłużyć jako metoda identyfikowania dzieci z rodzin alkoholowych. W jednym z badań temperament dzieci stanowił główną cechę wyróżniającą niemowlęta (dzieci z rodzin alkoholowych), które przed ukończeniem 18 roku życia sprawiały poważne trudności wychowawcze (Werner, 1986). Dzieci o łatwym usposobieniu określane w pierwszym roku życia przez

opiekunów jako „przepadające za przytulaniem i uczuciowe” okazały się dwukrotnie bardziej odporne psychicznie niż dzieci uznawane za „trudne”.

Dzieci grymaśne, kapryśne i często rozdrażnione okazują swoim zachowaniem, że coś jest nie tak. Irytacja, nerwowość i zachowania skrajne mogą sygnalizować obecność alkoholowego zespołu płodowego. Niezależnie od biologicznych predyspozycji, długotrwała melancholia i obniżenie nastroju dzieci wskazują na kryzys emocjonalny, podobnie jak zachowanie dzieci, które nie okazują wielu uczuć i nie podlegają zmianom nastroju. Częste zmiany stanów wewnętrznych – od zadowolenia do gniewu i odwrotnie – również są oznaką problemów, a ich źródłem może być stres związany z alkoholizmem w rodzinie.

Wybuchy złości

Zdrowe dzieci w wieku przedszkolnym, tak jak i dorośli, przejawiają w stosunku do innych całą gamę emocji, od miłości po wściekłość. Wybuchy złości są u małych dzieci rzeczą normalną ze względu na to, że wciąż uczą się one kontrolować własne emocje i poznają granice autonomii wyznaczane przez dorosłych. Krótkotrwałe i nacechowane agresją kłótnie o zabawki również są w tym wieku normalną cechą zabawy małych dzieci. Takie napady złości słabną zazwyczaj po ukończeniu drugiego roku życia i zanikają całkowicie przed czwartym (Flake-Hobson i in., 1983). Przedszkolaki, które po skończeniu 4 lat nadal często wybuchają gniewem lub mają trudności z opanowaniem

własnych uczuć, wymagają specjalnej uwagi. Akty agresji skierowane do innych dzieci także mogą stanowić podpowiedź, że w rodzinie dziecka pojawił się alkoholizm.

Zachowania regresywne

Opiekunowie powinni być wyczuleni na dzieci, które przejawiają zachowania regresywne (moczenie łóżka, gaworzenie, ssanie palca). Niektóre tego typu nawroty pojawiają się naturalnie przy okazji zdobywania nowych umiejętności w innych dziedzinach. Przedłużający się czy przesadzony regres stanowi jednak objaw emocjonalnego nieprzystosowania. Ssanie kciuka jest przykładowo do pewnego stopnia zachowaniem normalnym, gdyż niektórym dzieciom zapewnia takie bezpieczeństwo, jak ukochany kocyk oraz ukojenie w chwilach cierpienia lub lęku. Jednakże obsesyjne ssanie kciuka u małych dzieci lub obstawanie przy tym zwyczaju po ukończeniu piątego roku życia jest oznaką braku poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego, który może wynikać z nadużywania alkoholu w rodzinie.

Lęk separacyjny

Dzieci uczące się chodzić często okazują niepokój, gdy nie ma przy nich najbliższych. Lęk separacyjny osiąga szczyt intensywności w wieku osiemnastu miesięcy, a następnie stopniowo maleje, by osiągnąć stabilny poziom w okolicy 3 lat; zwykle całkowicie zanika w okresie przedszkolnym (Weinraub, Lewis, 1977). Całkiem normalna jest u dzieci przedszkolnych tendencja, by przytulać się do rodziców

i znajomych opiekunów, i trzymać się blisko nich, zwłaszcza w nowych sytuacjach, jak w pierwszym dniu w przedszkolu.

Dzieci, które łączy stabilna więź z rodzicami, odczuwają niepokój separacyjny w mniejszym stopniu, gdy są od nich oddalone. Natomiast przedszkolaki, które długo okazują zdenerwowanie, gdy rodziców nie ma w pobliżu, trzymają się bardzo blisko i nietypowo długo opiekunów bądź też jawnie okazują niepokój, gdy nauczyciel opuszcza salę przedszkolną, zdradzają nienormalne trudności adaptacyjne. To samo dotyczy dzieci przedszkolnych, które stale boją się obcych ludzi i nowych sytuacji. Ich nieodpowiednie zachowania wyrosły zazwyczaj na gruncie braku stabilności w domu, często związanego z alkoholizmem.

Przywiązanie podszyte niepewnością

Prace badawcze dotyczące rozwoju dzieci wskazują, że typ więzi utrwalony w pierwszym roku życia dziecka pozostaje z nim przez cały okres dzieciństwa (Flake-Hobson i in., 1983). Dzieci z rodzin alkoholowych, którym najbliżsi opiekunowie okazywali dużo uwagi w pierwszych 12 miesiącach życia, rzadziej wykazywały problemy wychowawcze przez ukończeniem 18 lat niż te, które takiej uwagi nie otrzymały wiele (Werner, 1986). Dzieci w wieku przedszkolnym wychowujące się w domu, gdzie jedno z rodziców aktywnie pije, a zatem jest osobą niekonsekwentną, zazwyczaj niedostępną i niereagującą na potrzeby małego dziecka, będzie cechowało przywiązanie podszyte niepewnością. Jeszcze przed ukończeniem roku

takie dzieci tracą pewność co do tego, czy opiekunowie się nimi w razie potrzeby zajmą, stąd też niepewność charakteryzująca ich relacje z dorosłymi. Oznaki braku pewności dostrzec można u dzieci 18-miesięcznych, które są niespokojne i zestresowane nawet na kolanach matki. W przeciwieństwie do dzieci cieszących się wysokim poczuciem bezpieczeństwa, dzieci niepewne martwią się, gdy matka wychodzi, i przez dłuższy czas nie mogą się uspokoić ani zaangażować w zabawę.

Typ więzi nawiązanych w pierwszym roku życia ma wpływ na cechy osobowości wykazywane dwa, trzy i sześć lat później (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Dzieci z rodzin alkoholowych, które nawiązały podszyte niepewnością więzi, są w porównaniu z dziećmi ze zdrowych rodzin mniej chętne do współpracy, bardziej negatywnie i kłótliwie nastawione do otoczenia, łatwo się zniechęcają oraz agresywnie zachowują względem dorosłych i rówieśników z przedszkola i szkoły. Dzieciom niepewnym trudno też nawiązać bliższe relacje z innymi dziećmi, toteż bywają nie lubiane przez kolegów, koleżanki i nauczycieli.

Obserwacja rodziców

Osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą dowiadują się wiele dzięki obserwacjom interakcji między rodzicami a dziećmi, zwracaniu uwagi na ich postawy i praktyki wychowawcze, a także ocenie zainteresowania i zaangażowania w rozwój dziecka. Relacje rodziców z kadrami przedszkolną i poziom współpracy z dyrekcją oraz

opiekunami także mogą stanowić podstawę oceny, czy w rodzinie występuje alkoholizm.

Metody wychowawcze

Dzieci są zagrożone, gdy rodzice przejawiają nietypową, nadmierną szorstkość, niecierpliwość lub krytycyzm. Opiekunowie szczególną uwagę powinni zwrócić na rodziców autorytarnych, którzy własny gniew i frustrację przerzucają na dzieci. Takich rodziców po raz pierwszy opisała Diana Baumrind (1967) na podstawie własnych obserwacji praktyk wychowawczych i relacji rodzic–dziecko w grupie trzylatków i czterolatków, przedszkolaków. Badaczka zauważyła, że rodzice autorytarni wykorzystują swą władzę i narzucają ścisłą kontrolę oraz dyscyplinę dzieciom bez przyczyny czy wyjaśnienia. Rutynowo stosują również kary cielesne, zastraszanie i nieuzasadnioną krytykę. Tacy rodzice są co do zasady zdystansowani wobec dzieci, mniej skłonni do akceptacji oraz okazywania uczuć. Ich surowe, kontrolujące postawy wychowawcze powodują, że u dzieci wykształcają się zachowania sterowane poczuciem winy, narzuconym przez otoczenie, lub lękiem przed karą.

Badania na polu uzależnień od substancji chemicznych jasno udowodniły, że matki-alkoholiczki (Krauthamer, 1979) oraz ojcowie-alkoholicy (Udayakumar i in., 1984) wykazują tendencje do sprawowania autorytarnej władzy rodzicielskiej. Naukowcy zajmujący się rozwojem dzieci wskazują, że dzieci autorytarnych rodziców i dzieci z rodzin alkoholowych mają wiele wspólnych cech. Obie grupy są

w porównaniu z innymi dziećmi bardziej wycofane i wrogie; łatwiej się denerwują ze względu na zmienność nastrojów; są nieszczęśliwe, nieufne, a w sytuacjach stresowych pełne obaw; mają też więcej trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami (Baumrind, 1967).

Wiedza o rozwoju dziecka i postawy wychowawcze

Zagrożeniem dla dziecka są również nierealistyczne oczekiwania rodziców. Alkoholicy z niewielką wiedzą na temat norm dziecięcego rozwoju będą przykładowo postrzegać niegrzeczne zachowanie dzieci jako złośliwość. Rozlanie lub rozsypanie czegoś bądź też stłuczenie cennego wazonu uważać będą za osobistą krzywdę. Wobec dzieci oczekiwać będą również znacznie bardziej dojrzałych reakcji, niż jest to na danym etapie rozwoju możliwe.

Niewiedza na temat ważnych etapów w rozwoju dziecka, takich jak pierwsze kroki, słowa czy kontrola czynności fizjologicznych oraz rodzicielskie próby przyspieszania rozwoju także stanowią czynnik ryzyka dla dziecka w wieku przedszkolnym. Opiekunowie powinni szczególnie uważnie obserwować dzieci, którym rodzice stawiają nieuzasadnione wymagania. Czasem rodzice oczekują, że dzieci zaspokoją ich własne potrzeby emocjonalne, mimo że nie pozwala im jeszcze na to wiek. Zarówno rodzic uzależniony, jak i współuzależniony może traktować małe dziecko jako źródło bezpieczeństwa, pociechy i miłości, co stanowi dla małego dziecka ogromne obciążenie.

Rodzicielska obojętność

Alkoholizm w rodzinie może objawiać się również brakiem zainteresowania i zaangażowania w dziecięcy rozwój. Rodzice nieosiągalni telefonicznie, którzy nie odpowiadają na wiadomości i nie przychodzą na zebrania, należą do grupy wysokiego ryzyka. Jeżeli regularnie zapominają odebrać dzieci z przedszkola lub notorycznie się spóźniają, mogą mieć problem alkoholowy (Morehouse, Scola, 1986). Dzieci często nieobecne w przedszkolu, zwłaszcza w poniedziałkowe poranki albo dni poświęczone, mogą opiekować się wtedy skacowanym rodzicem w domu.

Przemoc i zaniedbanie ze strony rodziców

Oznaki przemocy czy zaniedbania najczęściej wskazują na chorobę alkoholową u rodziców, ponieważ 90% przypadków przemocy związanych jest ze spożyciem alkoholu. Opiekunowie powinni zwracać uwagę na nietypowe rany, siniaki, pręgi i oparzenia na ciele dziecka. Obecność siniaków lub skaleczeń o różnym stopniu zaleczenia sugeruje, że dzieci doznały urazów niejednokrotnie, a być może doświadczają przemocy regularnie. Obrażenia w różnych miejscach na ciele dziecka, przypominające ślady uderzenia ręką lub jakimś narzędziem także należy uznać za nieprzypadkowe. Rodziców można także podejrzewać o stosowanie przemocy fizycznej, jeżeli ślady pojawiają się około dwa dni po świętach lub dłuższym weekendzie, jako że po takim czasie powstają siniaki (Meddin, Rosen, 1986). Dziecko, które kuli się ze strachu, gdy nauczycielka podnosi rękę, aby zwrócić uwagę grupy, także może bać się

kolejnego przejawu przemocy fizycznej.

Zaniedbanie dziecka widać ewidentnie, jeżeli jest ono niedomyte, nosi brudne i zniszczone ubrania (odzież zimową latem, letnią zaś w niskich temperaturach), bądź też jest zawsze wygłodniałe. Dzieci przedszkolne regularnie pozostawiane same w domu na dłuższy czas bez opieki osoby dorosłej nie są w stanie sprostać sytuacjom, do których jeszcze nie dojrzały. Niektóre z nich to dzieci z tzw. kluczem na szyi, nawet, jeżeli pijący rodzic przebywa w domu. Rodzic może tak poświęcać się picciu, że dziecko w zasadzie nie ma żadnej opieki. W przypadku pięcioletniego Marka ojciec-alkoholik – choć był w domu – nie zajmował się nim przez dwie godziny między przyjazdem szkolnego autobusu a powrotem matki z pracy. Przedszkolaki pozostawione sobie nie istnieją; mamy do czynienia tylko z zaniedbanymi dziećmi w wieku przedszkolnym (Lamorey i in., publikacja w druku).

Porady dla opiekunów i terapeutów

Żaden z omówionych w niniejszym rozdziale objawów nie może, jeżeli występuje pojedynczo, definitywnie świadczyć o występowaniu alkoholizmu w domu przedszkolaka. Jeżeli jednak pojawiają się równolegle, tworzą swego rodzaju wzory potwierdzające obecność problemów związanych z alkoholem w życiu dziecka. Wczesne rozpoznanie może prowadzić do najważniejszej interwencji terapeutycznej, a zatem przerwania cyklu choroby, zanim zostanie on utrwalony, a także zanim wyrządzi dziecku krzywdę pod względem fizycznym, intelektualnym, emocjonalnym oraz

społecznym.

Jak radzić sobie z zaprzeczaniem?

Po zidentyfikowaniu dzieci z rodzin alkoholowych w wieku przedszkolnym okazuje się, że łatwiej do nich dotrzeć niż do dzieci starszych (Black, 1987). Czterolatek szybciej zaakceptuje fakt występowania w rodzinie choroby niż dziecko starsze, u którego mechanizm zaprzeczania i bariery zdążyły już się ugruntować. Dzieci z pierwszych klas podstawówki (w wieku od 6 do 9 lat) chętniej otwarcie rozmawiają o swoich emocjach i alkoholu niż dzieci starsze. Claudia Black (1982) stwierdziła na podstawie badań klinicznych, że po dziewiątych urodzinach trudniej jest dotrzeć do dziecka. Rodzice i starsze dzieci lekceważą i umniejszają wagę wypowiedzi młodszego rodzeństwa, toteż dzieci już w przedszkolu uczą się, że nie mogą ufać własnym poglądom na rzeczywistość („To, co widzę, nie odpowiada prawdzie”, Black 1987).

Walidacja stwierdzeń dzieci w wieku przedszkolnym

Jednym z najważniejszych przyczynków rozwoju dziecka z rodziny, w której potwierdzono alkoholizm, jest akceptacja jego postrzegania rzeczywistości i uznawanie go za godne zaufania. Można uznać dziecięce uwagi na temat rzeczywistości za trafne bez dalszego przekształcania ich komunikatu. Walidacja ich spostrzeżeń pomaga dzieciom oceniać sytuację, uczy ufać – a nie zaprzeczać – własnym instyktom i osądom. Przerywa zatem bezlitosny cykl

choroby alkoholowej.

Starsze dzieci z rodzin alkoholowych, choć stanowią wyzwanie dla terapeutów, o wiele łatwiej zidentyfikować, ponieważ nabrały wielu zachowań dysfunkcyjnych. Dodatkowo posiadają już umiejętności czytania, pisania oraz rozwiązywania testów, a także zdolności plastyczne i werbalne, co wspomaga proces ich rozpoznawania.

Identyfikacja dzieci z rodzin alkoholowych w wieku szkolnym i nastoletnim

PRZYPADEK 6.2

Pewnego dnia matka zapomniała odebrać mnie ze szkoły, bo była zajęta pić. Wiedziałam, że tak naprawdę nie wyleciało jej to z głowy; była po prostu podchmielona. Do domu zawiozła mnie nauczycielka. Pamiętam, że bardzo się zezłościłam, kiedy uwierzyła matce i jej słowom: „Wcale nie zapomniałam, właśnie miałam wyjeżdżać”. Byłam zła, bo nikt mi nie wierzył. Nie wiem, czy dzieci opowiadają o tym, co się dzieje w domu; ja nic nie mówiłam, nawet o tym, jak matka mnie bije. Kiedyś jednak przyjechała do mnie babcia, którą zapytałam: „Babuniu, czy nie boisz się być w tym domu? Bo ja tak!”. Moje jedyne zdanie na temat tego, co się dzieje w domu, sprawiło, że i babcia zaczęła się nad tym zastanawiać.

Kiedy miałam sześć lat, matka uderzyła mnie w głowę patelnią. Zabrali ją jeszcze tego samego dnia do zakładu, a ja zamieszkałam z babcią. Właściwie nie znam matki, bo

wychowała mnie babcia; ojciec czasem nas odwiedzał, ale w końcu zabił go w wieku 41 lat alkohol i narkotyki. Najgorsza była świadomość, że prowadzi takie bezwartościowe i nieszczęśliwe życie, i że jest tak smutny. Odczułam ulgę, że nie będę już musiała się o niego martwić.

Studiuję zagadnienie rozwoju dziecka i rodziny, bo chcę zmienić sposób postrzegania nauczycieli – w moim przypadku kontakt z nimi był koszmarem. Musiałam zajmować się młodszym braciszkiem, wychowywać go, a nawet gotować mu posiłki. Aż do dzisiaj czuję, że pragnę się kimś opiekować. Zawsze chciałam zostać nauczycielką w przedszkolu, kimś, kto zmienia rzeczywistość. Widzę, jak rodzice przychodzą do przedszkola i ignorują własne dzieci, mówiąc tylko: „Chodźmy do samochodu”. Idą – nawet nie czekając – kilka metrów przed dzieckiem. Dorastałam właśnie w takich warunkach, toteż dobrze rozumiem dzieci, które też przez to przechodzą.

Sara, 21 lat

Sara, jak i (szacowane) 95% dzieci z rodzin alkoholowych, skończyła szkołę podstawową bez rozpoznania choroby w rodzinie oraz bez terapii. Babcia Sary była jedyną dorosłą osobą w jej otoczeniu zdolną do bystrej obserwacji – wywnioskowała z różnych przesłanek, że dziewczynkę maltretuje matka-alkoholiczka. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych tylko 5% z siedmiu milionów dzieci z rodzin alkoholowych w wieku szkolnym zostaje zidentyfikowanych i włączonych w programy terapeutyczne (dane NIAAA,

1981). Nauczyciele z zaskoczeniem odkrywają, że jedno na pięć dzieci w ich klasach to dziecko alkoholika. W grupie złożonej z 25 dzieci, pięcioro pochodzi z alkoholowych rodzin. „To niemożliwe”, mówią zwykle nauczyciele, gdy po raz pierwszy słyszą o tych statystykach. Jednakże uzbrojeni w nową wiedzę o dzieciach z rodzin alkoholowych i po dokładniejszym zapoznaniu się z sytuacją dzieci, nauczyciele wracają zazwyczaj i przyznają: „Nigdy bym w to nie uwierzył, a jednak to prawda”.

Badania dowodzą, że wielu profesjonalistów – nie tylko nauczycieli – nie rozpoznaje zwykle dzieci z rodzin alkoholowych. Jedno z nich wykazało, że żadne dziecko zidentyfikowane jako pochodzące z rodziny alkoholowej za pomocą formalnego testu przesiewowego (ogółem jedna czwarta badanych) nie zostało zdiagnozowane wcześniej przez psychologów czy pracowników społecznych. Żadne nie trafiło na terapię skierowane przez nauczyciela ani też nie zgłosiło się samo (Pilat, Jones, 1985).

Przeszkody na drodze do identyfikacji starszych dzieci

Niektóre z problemów związanych z identyfikacją przedszkolaków dotyczą także rozpoznawania dzieci z rodzin alkoholowych wśród dzieci szkolnych i młodzieży. Brak szkoleń o tematyce alkoholowej czy osobiste nastawienie opiekuna lub terapeuty do alkoholu może mieć duże znaczenie, wielu z nich wykształca własne systemy negacji, które blokują ich przed stawianiem czoła kwestii alkoholizmu

w rodzinach podopiecznych (Whitfield, 1980). Niektórzy opiekunowie uznają się za niekompetentnych w obszarze alkoholizmu, inni zaś nie chcą doprowadzić do kłopotów. Po zidentyfikowaniu dziecka z domu alkoholika dorośli mogą czuć się niepewnie, pełni obaw, co dalej począc z tą informacją. Niektórzy będą bać się odwetu uzależnionych rodziców, braku instytucjonalnego wsparcia czy nawet utraty stanowiska. Czasami tak często obserwują efekty alkoholizmu, że stają się na nie zupełnie obojętni.

Nauczyciele mogą nie dostrzegać w alkoholizmie rodziców szczególnego stanu, wymagającego specjalnych strategii interwencyjnych. Wielu opiekunów 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 tego dziecka skłonny jest sam taką pomoc przyjąć (DiCicco i in., 1984, s. 1).

System zaprzeczania jest jedną z kwestii utrudniających profesjonalistom pracującym z dziećmi starszymi niż te w wieku przedszkolnym. Przypadek Sary ilustruje sytuację, w której dziecko szkolne wykształciło w sobie mechanizm zaprzeczania – na tyle, by nie poruszać tematu, nawet jeśli spędza on im sen z powiek. Aktorka Suzanne Somers (1988) opisała, jak nauczyciele mylnie rozumieli jej problemy z nauką w czwartej klasie:

Ani jeden nauczyciel nie zapytał mnie nigdy, czy coś jest nie tak. Założyli po prostu, że jestem jedną z leniwych uczennic. Nie jestem pewna zresztą, co bym powiedziała, gdyby rzeczywiście zapytali. Już jako dziewięcioletnia dziewczynka przyzwyczaiłam się udawać, że życie w naszym domu naprawdę jest tak idealne, na jakie wyglądało (tamże, s. 31),

Według Claudii Black (1980) 80% dzieci z rodzin alkoholowych wygląda dobrze i głównie dlatego nie zostaje zidentyfikowanych w szkole. Role odgrywane w celu przetrwania pomagają im przetrzymać trudności aż do osiągnięcia dorosłości. Właśnie wtedy, gdy mogą odetchnąć z ulgą zamknąwszy za sobą drzwi alkoholowego domu, zniecka atakują ich własne psychiczne problemy, wtrącając z powrotem w chaos. W wieku 21 lat Sara musiała poszukać profesjonalnej pomocy, aby nauczyć się radzić sobie z barierami emocjonalnymi i trudnościami w nawiązywaniu intymnych relacji z innymi. Stworzyła te blokady sama, jako dziecko, aby „uniezależnić się, stanąć pewnie na własnych nogach i stać się zupełnie kimś innym niż moi rodzice”.

Z drugiej strony nie dysponujemy wieloma godnymi zaufania metodami identyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych. Brak precyzyjnych narzędzi wiele decyzji pozostawia w subiektywnej gestii profesjonalistów, którzy mogą mieć do swych obowiązków ambiwalentny stosunek. Gdy nauczyciele, pedagodzy i pracownicy społeczni zyskają

odpowiednie kompetencje i będą czuli się komfortowo otwarcie omawiając alkoholizm i związane z nim problemy, będzie można stworzyć klimat akceptacji oraz usunąć wiele przeszkód na drodze do identyfikacji dzieci z tych rodzin. Gdy profesjonaliści stwierdzą wprost, że dzieci z rodzin alkoholowych mają pełne prawo do odczuwania bólu i dezorientacji, większa liczba dzieci i nastolatków sama zgodzi się ujawnić własną sytuację, wyjawiając rodzinny sekret (McEligatt, 1986).

Istotność identyfikacji

Osoby pracujące z dziećmi na co dzień często stykają się z dziećmi z rodzin alkoholowych bez wiedzy o ich sytuacji rodzinnej, więc ogromnego znaczenia nabiera wykształcenie umiejętności rozpoznawania dzieci z rodzin alkoholowych właśnie przez personel oświatowy. Udana interwencja w sprawie dziewięcioletniego dziecka może powstrzymać rozwinięcie się u niego choroby alkoholowej w wieku dorosłym. Choć w szkołach często funkcjonuje systemowa negacja alkoholizmu, rozpoznawanie dzieci z tych rodzin przełamuje ją, otwierając jednocześnie drzwi dla rozmaitych form pomocy oferowanej dzieciom. Pozwala również, by nauczyciele modyfikowali swoje oczekiwania, cele i postępowanie dzięki wyposażeniu ich w wiedzę o środowisku alkoholowym, w którym żyją niektóre z dzieci. Wreszcie, identyfikacja umożliwia profesjonalistom stworzenie systemu pomocy tym dzieciom także poza szkołą. Dorośli mogą skierować dzieci z rodzin alkoholowych na

terapię indywidualną, a w samej szkole stworzyć spotykające się o określonych godzinach grupy wsparcia.

Niektóre z tych dzieci zidentyfikować jest łatwo, gdyż ich rodzice poddają się leczeniu w ośrodkach dla alkoholików lub uczęszczają na spotkania Anonimowych Alkoholików. Ze względu na terapię rodziców, takie dzieci mogą już uczestniczyć we własnych programach terapeutycznych, na przykład zajęciach Alateen lub w ośrodkach leczenia uzależnień. Takie sytuacje stanowią jednak raczej wyjątek od reguły – dzieci z rodzin alkoholowych zazwyczaj nie da się rozpoznać łatwo, przez co nie otrzymują bardzo im potrzebnej pomocy.

Opracowano już wiele rozmaitych metod rozpoznawania dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych. Podobnie jak w przypadku opisywanych wyżej przedszkolaków, jedną z nich jest nieformalna obserwacja osoby pracującej z danym dzieckiem. Dwie kolejne metody służą obiektywnemu i precyzyjnemu identyfikowaniu dzieci z rodzin alkoholowych wśród starszych dzieci – to formalne, ustandaryzowane procedury oraz samoidentyfikacja dziecka.

RAMKA 6.2

Dwadzieścia oznak psychologicznych i behawioralnych obserwowanych u dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym

Oznaki behawioralne

1. Trudności z koncentracją
2. Stale powtarzające się nieobecności

2. Stale powtarzające się nieobecności
3. Słabe oceny i/lub brak odrabiania prac domowych
4. Niskie wyniki uzyskiwane podczas standardowych testów kompetencji i inteligencji
5. Nagłe zmiany zachowania – od buntu przez kapryśność po bojaźliwość
6. Oznaki przemocy fizycznej lub zaniedbania
7. Zachowania kompulsywne (objadanie się, nadmierna ambicja, palenie, nadużywanie substancji chemicznych)
8. Nieśmiałość i unikanie kontaktu z rówieśnikami
9. Kłótniwość i brak chęci do współpracy z nauczycielami, kolegami i koleżankami z klasy.
10. Ponawiające się problemy zdrowotne (np. bóle głowy i żołądka)

Oznaki psychologiczne

1. Niska samoocena
2. Występowanie niepokoju
3. Podatność na peszenie się
4. Tłumiony gniew
5. Postrzeganie problemów jako czegoś, czego nie można okiełznać
6. Nieumiejętność przeciwstawienia się trudnym sytuacjom
7. Skłonność do depresji
8. Bezpodstawny lęk
9. Smutek i przygnębienie
10. Trudności z dostosowaniem się do zmian w rutynowym planie zajęć

Rozpoznawanie na podstawie obserwacji profesjonalisty

Nie jest łatwo zidentyfikować alkoholizm w rodzinie starszych dzieci z domów alkoholowych, choć jest to kwestia prostsza niż w przypadku młodszych dzieci. Z upływem lat

wytworzyły się u nich bowiem konkretne związane z obecnością alkoholu w domu oznaki. Profesjonalistom częściej udaje się też zaobserwować zachowania odbiegające od normy u dzieci bądź rodziców. Osoby pracujące z dziećmi są w stanie uchwycić w klasie co najmniej dwadzieścia wymownych psychologicznych i behawioralnych oznak alkoholizmu w rodzinie. Większość z nich omówiono już w poprzednich rozdziałach (patrz ramka 6.2).

Orientacje behawioralna i psychologiczna

U niektórych dzieci oznaki choroby alkoholowej w rodzinie przybierają charakter behawioralny. Inne z kolei przejawiać będą subtelniejsze objawy natury psychologicznej. Czasami zaobserwować można oba rodzaje symptomów. Dzieci z objawami behawioralnymi w otwarty sposób manifestują swe uczucia, co przy czujności personelu szkoły prowadzi do łatwiejszej identyfikacji. To wśród nich spotyka się dzieci sprawiające trudności wychowawcze i wdające się w kłótnie z rówieśnikami. Mogą także popaść w drugą skrajność i izolować się zupełnie od nauczycieli i koleżanek czy kolegów.

Bywa, że dzieci z rodzin alkoholowych padają ofiarą przemocy fizycznej bądź są zaniedbywane przez rodziców, o czym świadczy odrębny zestaw objawów. Dzieci, które przychodzą do szkoły za wcześnie, a wychodzą późno, mogą obawiać się przebywania w domu. Z drugiej strony takie dzieci, które codziennie bardzo spieszą się do domu po lekcjach, niepokoją się być może, co dzieje się z rodzicem-

alkoholikiem w czasie ich nieobecności. Brak uwagi przykładanej do stanu zdrowia dziecka, niejednostajne postępy w nauce czy spadek ocen i koncentracji również mogą świadczyć o alkoholizmie w domu. Wzrasta niepunktualność, a zadania domowe nie są odrabiane do końca. Dzieci uprzednio schludne przychodzą do szkoły nieumyte lub umorusane, noszą ubrania brudne lub nieodpowiednie do warunków pogodowych. Jeżeli nigdy nie przynoszą drugiego śniadania czy pieniędzy na nie – bądź zabierają jedzenie innym dzieciom – być może są zanedbywane w rodzinie alkoholowej. Natomiast jeśli odmawiają udziału w zajęciach wymagających przebierania się (sztuka teatralna, wychowanie fizyczne), być może chcą uniknąć ujawnienia sińców i innych oznak przemocy. Gdy dziecko kuli się w obecności rodzica, może to oznaczać, że jest bite.

Dzieci z rodzin alkoholowych notorycznie opuszczają zajęcia szkolne – zwłaszcza w poniedziałki, ponieważ rodzic lub rodzice piją podczas weekendów. Same także mogą zażywać narkotyki i przejadać się, jak też przejawiać nadmierną ambicję oraz skarżyć się na bóle głowy i brzucha bądź po prostu złe samopoczucie. Mogą mieć trudności z koncentracją uwagi lub kończeniem raz rozpoczętej czynności. Czasem trudno im usiedzieć spokojnie, muszą wciąż się wiercić lub ruszać; czasem jednak odpływają w świat marzeń lub zasypiają na lekcjach. W testach kompetencji dzieci te uzyskują niskie wyniki, bez przyczyny zaczynają też dostawać słabe stopnie. Ich zachowanie

zmienia się nagle od skrajności do skrajności – od nieśmiałości do towarzyskości i *vice versa*. Podobnie do dzieci w wieku przedszkolnym, także u uczniów szkół podstawowych obserwuje się czasem nagły regres do zachowań niemowlęcych: ssania kciuka, moczenia się lub gaworzenia. Dzieci z rodzin alkoholowych charakteryzują nagłe zmiany zachowania podczas zajęć dotyczących alkoholizmu. W dyskusji na ten temat zwykle nagle nadstawiają uszu, bądź przeciwnie – nie ma ich wówczas w szkole (Deutsch, 1982).

U dzieci o orientacji psychologicznej natomiast często nie występują żadne oznaki zewnętrzne świadczące, że coś jest nie tak w domu. Ich melancholia skierowana jest do wewnątrz, choćby w klasie były prymusami. Tacy „urodzeni przywódcy” to często najlepsi i najbardziej popularni uczniowie, którzy dostają najlepsze oceny i zawsze kończą pracę na czas, a nawet przed czasem. Oznaki alkoholizmu w rodzinie u takich dzieci są bardziej subtelne, toteż osoby pracujące z dziećmi muszą baczniej im się przyjrzeć, aby dostrzec problem. Pod maską sukcesów i osiągnięć może kryć się obsesyjna chęć uzyskania perfekcji we wszystkim oraz kompulsywna potrzeba uznania, głęboko zagnieżdżone poczucie nieszczęścia czy też niska samoocena. Dzieci z rodzin alkoholowych same zmuszają się do perfekcjonizmu i nie pozwalają sobie na popełnianie błędów. Są nad wyraz poważne, trudno im się rozluźnić, a same siebie krytykują bezlitośnie. Bliższa analiza ich zachowań ujawnić może, że bardzo im trudno pogodzić się z sytuacją, w której tracą

kontrolę nad swoim życiem. Utrata kontroli jest zresztą ich największą obawą. Niespodziewane zmiany w codziennym planie zajęć budzą u nich niepokój, złość lub wręcz panikę. Nie oznacza to, że każdy uczeń odnoszący sukcesy to dziecko z domu alkoholowego, wielu z nich jednak jest dziećmi-bohaterami, które z powodzeniem skrywają rodzinne sekrety i oszukują nawet najbystrzejszych pedagogów.

Po stronie rodziców za niezawodne sygnały zaniedbań spowodowanych przez alkoholizm uznać można powtarzające się nieobecności na umówionych spotkaniach, telefonowanie do szkoły w różnych porach bez istotnych przyczyn lub systematyczne zapominanie o punktualnym odebraniu dziecka. Wskazówkę mogą stanowić także sytuacje, w których dzieci nie przynoszą usprawiedliwień czy podpisów rodziców w dzienniczku. Ackerman (1983, s. 101) sugeruje, że podpisy rodziców na listach ocen udostępnianych przez nauczycieli mogą układać się w określony wzór – czasem uczulający osoby pracujące z dziećmi na możliwość wystąpienia alkoholizmu w rodzinie.

Znajomy schemat w rodzinach dzieci z rodzin alkoholowych prezentuje się następująco: jedno z rodziców podpisuje listę ocen punktualnie, a drugie zawsze się spóźnia. Mimo iż ten wzorzec to w zasadzie pomniejszy szczegół, wraz z innymi oznakami alkoholizmu w rodzinie może posłużyć do jego identyfikacji. Rodzic niepijący może podpisać listę ocen niezależnie od tego, czy obejrzało ją oboje rodziców.

Bywa jednak, że rodzic-alkoholik nie jest w stanie ani przejrzeć, ani zrozumieć wiadomości od nauczyciela, toteż drugie z rodziców czeka, aż pierwsze wytrzeźwieje.

Poszukiwanie skrajności

Przedstawione powyżej oznaki są wobec siebie pozornie sprzeczne. Dzieci z rodzin alkoholowych potrafią być zarazem introwertyczne i agresywne; mogą sprawiać wrażenie, że nie chcą opuścić klasy po lekcjach, albo ruszać do domu, gdy tylko zadzwoni dzwonek. Taki jest na dobrą sprawę pełen zakres ich zachowań. Trzeba wypatrywać u dzieci właśnie zachowań skrajnych. Nie ma wszak sprzeczności w poszukiwaniu oznak zaburzeń żywienia u osób zbyt chudych lub otyłych. Powszechnie przyjmuje się, że obie skrajności dotyczące wagi ciała mogą wskazywać na niebezpieczne zaburzenia odżywiania, to jest anoreksję lub otyłość. Analogicznie także dzieci te mogą być superprymusami lub totalnymi nieudacznikami. Każdej z tych ścieżek towarzyszy cierpienie, poczucie nieszczęścia i niska samoocena.

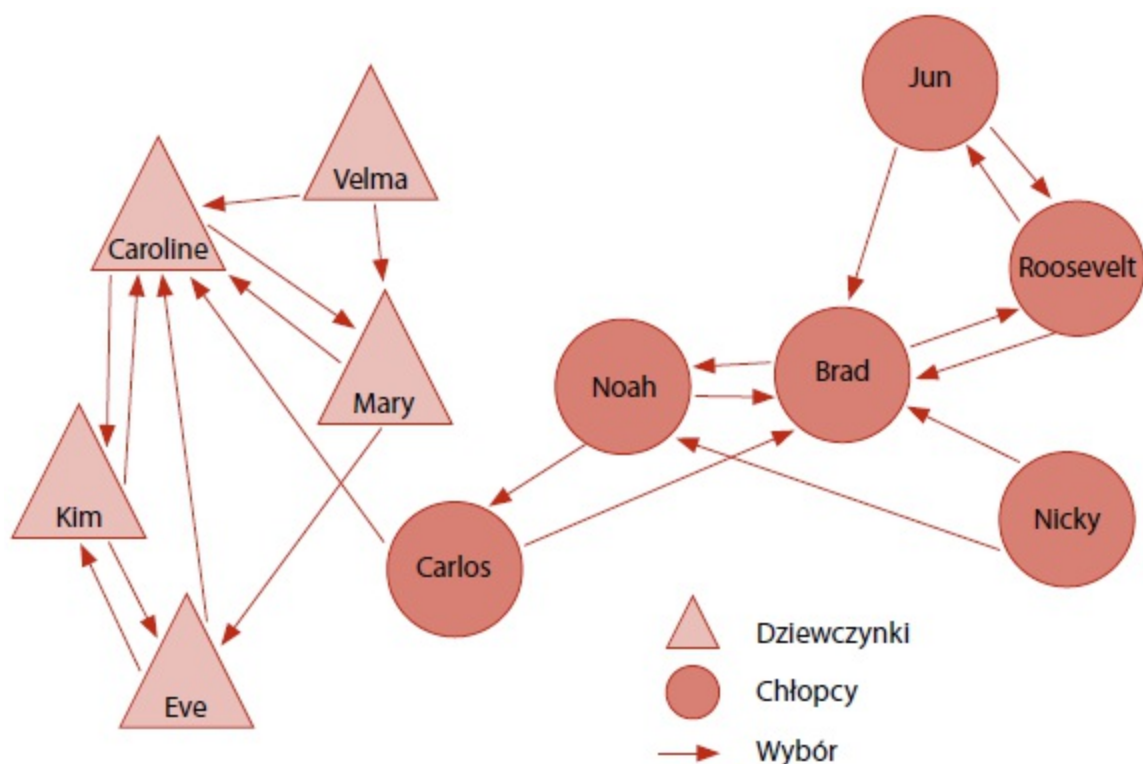
Jednym ze sposobów zidentyfikowania skrajności jest sporządzenie socjogramu, tj. mapy relacji interpersonalnych w klasie czy innej grupie dziecięcej (patrz rysunek 6.1). Wystarczy poprosić dzieci, by zapisały na kartce imiona dwójki innych – takich, z którymi chętnie współpracowałyby przy pracy w grupach. Po zapewnieniu dzieci, że ich wybór traktowany będzie poufnie, należy uzyskane informacje opracować w formie graficznej.

W socjogramie konkretne symbole odnoszą się do płci dziecka, a linie i strzałki do relacji między nimi. Dzieci takie jak Caroline i Brad wybierane są chętnie i często, są zatem gwiazdami klasowymi. To z nimi chcą przebywać wszystkie inne dzieci. Gwiazdy klasowe mogą nosić cechy maskotek bądź bohaterów. Wybiera się je, gdyż jest z nimi wesoło albo dlatego, że jako domniemani przywódcy grupy są znakomici w tym, co robią. Dzieci takie, jak Velma i Nicky nie dostają żadnych głosów, są zatem dziećmi izolowanymi i często pozostają poza obrębem danej grupy społecznej. Przypominają kozły ofiarne lub dzieci zagubione. Inne dzieci nie wybierają ich, gdyż ich nie lubią, boją się ich lub po prostu nie zwracają na nie zbyt wiele uwagi.

Techniki socjogramu nie opracowano w celu identyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych, dostarcza jednak wartościowych informacji o tym, kogo dzieci uważają za przywódców grupy, a kogo izolują. Socjogram sprawdza się przy rozpoznawaniu dzieci z rodzin alkoholowych, jeżeli stosuje się go wraz z innymi metodami: obserwacją pedagogów, analizą danych dziecka czy sprawozdań różnych wydarzeń zachodzących w klasie. Przydadzą się także informacje zawarte w tabeli z oznakami behawioralnymi i psychologicznymi występującymi u dzieci z rodzin alkoholowych, oraz opis ról odgrywanych przez dzieci zawarty w rozdziale 3. Po zidentyfikowaniu dzieci izolowanych i klasowych gwiazd za pomocą socjogramu należy przyjrzeć im się bliżej. Ustalenie, czy cechy izolowanego dziecka odpowiadają cechom kozła ofiarnego

lub dziecka zagubionego, lub czy cechy gwiazdy pasują do bohatera lub maskotki, okaże się najważniejsze. Osoba pracująca z dziećmi może wyzyskać te informacje po to, by łączyć w grupki (potencjalne) dzieci z rodzin alkoholowych oraz pomagać im rozwijać umiejętności społeczne oraz poczucie własnej wartości – według sugestii rozdziału 3.

Rysunek 6.1. Socjogram



Potrzeba równowagi

Po zidentyfikowaniu skrajnych zachowań – agresji, kompulsji, powtarzających się nieobecności lub radykalnego wycofania się – kluczem do uzdrowienia sytuacji jest równowaga. Naszym celem nie jest zupełne wykorzenienie

z dzieci-bohaterów chęci do osiągnięcia sukcesów. Możemy im natomiast pomóc osiągnąć równowagę poprzez zabawę i chwile odpoczynku. Zagubione dziecko potrzebuje czasu samotności, który również możemy zrównoważyć, zapewniając im towarzystwo koleżanek i kolegów. Nie chcemy, by maskotki wyzbywały się poczucia humoru, tylko żeby uświadomiły sobie, że w życiu czekają je również poważne chwile. Kozły ofiarne nie mają się stać nieasertywne czy bezwolne. Niech bronią swoich praw, ale nie naruszają przy tym praw innych – tym samym osiągając równowagę.

Ostrożność wobec poczynionych obserwacji

W rozpoznawaniu dzieci z rodzin alkoholowych na profesjonalistów czyha sporo pułapek. Ryzyko ponoszone przy identyfikacji i klasyfikacji określonej grupy dzieci polega na szufladkowaniu ich i stereotypizacji wynikającej z niepotrzebnych uogólnień. Etykiety przyprawiane dzieciom alkoholików mogą w negatywny sposób wpłynąć na ich postrzeganie siebie, a u personelu szkolnego mogą wytworzyć niekorzystne wobec nich postawy, oczekiwania lub reakcje. Nie możemy sądzić, że wszystkie te dzieci okazują się ostatecznie takie same. Wiele czynników i zmiennych oddziałuje na siebie nawzajem przynosząc ostatecznie różne efekty. Tak jak i inne dzieci, także te z rodzin alkoholowych przechodzą przez te same stadia rozwoju. Są populacją heterogeniczną niezależnie od pewnych wspólnych zasad rozwojowych dotyczących

każdego, a także od faktu, że posiadają rodzica alkoholika.

Jakkolwiek dzieci z domów alkoholowych wymagają specjalnej uwagi, nie należy przyczepiać im etykiet w sposób, który mógłby skłonić innych do odmiennego ich traktowania. Dzieci alkoholików nie są ogółem ani zaburzone emocjonalnie, ani upośledzone umysłowo. Trzeba im uświadomić, iż są wyjątkowe tak, jak wszystkie inne dzieci, nie bardziej. Dzieci te uważają, że są w atypowej sytuacji i w myślach odseparowują się od innych dzieci. Czują się tak odmiennie, że zaczynają się inaczej zachowywać, a na zajęcia terapeutyczne trafiają w przekonaniu, że są inne lub że coś z nimi nie tak. Zawsze z ulgą dowiadują się, że nie są same oraz że wiele innych dzieci dzieli z nimi ból i cierpienia.

Na ironię zakrawa fakt, że programy terapeutyczne stworzone dla dzieci z rodzin alkoholowych mają sprawić, by „nie czuły się takie inne”, a jednak wyodrębniają je spośród rówieśników i narażają na separację czy stereotypizację negatywną. Podczas jednego z pierwszych spotkań terapeutycznych grupy dzieci z rodzin alkoholowych w poradni padł komentarz: „To zabawne – te dzieciaki nie przypominają wcale dzieci rodziców alkoholików!”. Na rynku falami pojawiają się publikacje prezentujące szkodliwe generalizacje dotyczące tych dzieci oraz dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych. Łatwo wyciągać z nich pochopte wnioski.

Tak w prasie popularnej, jak i specjalistycznej publikowano uogólnione sądy na temat dzieci z rodzin alkoholowych, wydane na podstawie danych i dowodów

anegdotycznych odnoszących się do dzieci, których rodzice są pod jakimś względem nietypowi – na przykład poddają się kuracji odwykowej (DiCicco i in., 1984; El-Guebały, Offord, 1977; Goodman, 1987). Większość badań stwierdzających, że dzieciom tym z trudem przychodzi normalne funkcjonowanie, podejmowali naukowcy kliniczni zajmujący się dziećmi trudnymi. Badania obejmowały zwykle dzieci przebywające w ośrodkach terapeutycznych lub uczestniczące w zajęciach grup wsparcia. Takie i podobne błędy w doborze prób badawczych sprawiają, że trudno uogólnić rezultaty badań na całą populację dzieci z rodzin alkoholowych (patrz m.in. West, Prinz, 1987). Czynniki takie jak wielkość rodziny, psychopatologie rodziców, stopień zaawansowania alkoholizmu, rozwód czy status społeczno-ekonomiczny mogą wpłynąć na ostateczny kształt ich życia. Naukowcy nie potrafią jeszcze ustalić konkretnego stopnia, w jakim powyższe czynniki wpływają na dziecięcy rozwój, zarówno osobno, jak i w połączeniu z alkoholizmem rodzicielskim.

Najnowsze dane wskazują, że dzieci z rodzin alkoholowych wyodrębnione z całej populacji i nieuczestniczące w terapii nie przeżywały podobnych trudności z radzeniem sobie w życiu, co przechodzące terapię. Te pierwsze przejawiały podobny poziom przystosowania, co dzieci z domów niealkoholowych, natomiast te drugie miały więcej problemów z samooceną, nawiązywaniem intymnych relacji, samoakceptacją, reaktywnością emocjonalną czy motywacją wewnętrzną (Barnard, Spoentgen, 1987). Inne badania wykazują z kolei,

że dzieci z rodzin alkoholowych wybrane spośród ogółu studentów uniwersyteckich osiągają wyniki podobne do dzieci z rodzin niepijących w zakresie samoświadomości, poziomu niepokoju czy wiedzy o wpływie alkoholizmu na dzieci (Robinson, 1988). Powyższe badania dowodzą również, że dzieci te nie są homogeniczną grupą charakteryzującą się mnóstwem ułomności psychologicznych. Niektóre dzieci mają rzeczywiście problemy interpersonalne i intrapersonalne, ale innym udaje się uniknąć następstw dorastania w rodzinie alkoholowej.

Profesjoniści rozpoczynający procedurę identyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych na podstawie cech wymienionych w literaturze mogą uniknąć szufladkowania i stereotypizacji. Muszą mianowicie wykorzystywać wiedzę pochodzącą z publikacji naukowych w połączeniu z informacjami z innych źródeł. Najważniejsze, by pamiętać, że uogólnienia to jedynie wskazówki, a każde dziecko jest odrębną jednostką i twórczym cudem wszechświata.

Rozpoznawanie na podstawie standardowych procedur

Niezależnie od zastosowanej procedury, nigdy nie należy publicznie wskazywać dzieci z rodzin alkoholowych. Najlepszym punktem wyjścia w identyfikacji są zajęcia dotyczące alkoholu, w których uczestniczą wszystkie dzieci. W trakcie takich zajęć dzieci z rodzin z problemem alkoholowym rozpoznawane są anonimowo – drogą obserwacji nauczyciela, w testach czy na podstawie

samoidentyfikacji. Można je następnie skierować tam, gdzie uzyskają specjalistyczną pomoc. Dzieci te mogą uzyskać wsparcie indywidualne czy grupowe w bezpieczny i dyskretny sposób.

Najbardziej poufną metodą identyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych jest ustandaryzowany test poddany skrupulatnej analizie naukowej. Dane uzyskane w ten sposób stanowią najbardziej obiektywne i pewne wyniki. Największym minusem takich procedur jest jednak następujący warunek: dzieci muszą być dość duże, potrafić czytać, pisać, by umieć wypełniać kwestionariusze. Jak wspomniano już wcześniej, wymóg ten wyklucza automatycznie z zakresu podobnych testów dzieci przedszkolne lub jeszcze niepiśmienne. Należy jednak uznać, że opracowanie standardowych testów dla dzieci w wieku co najmniej dziewięciu lat przyniosło sporo korzyści.

Test CAST

Jednym z najpopularniejszych narzędzi pomiarowych identyfikujących dzieci z rodzin alkoholowych jest test przesiewowy CAST (Children of Alcoholics Screening Test, Jones, 1983). To metoda obiektywna i niezależna od osądu osoby pracującej z dzieckiem, co może wypaczyć wyniki badań. Test CAST umożliwia rozpoznanie dzieci z grupy podwyższonego ryzyka mieszkające (lub mieszkające dawniej) z rodzicami-alkoholikami. Pozwala również pedagogom na wyodrębnienie dzieci z grup ryzyka po to, by zapewnić im udział w programach interwencyjnych. Wymiar

sprawiedliwości natomiast wykorzystuje CAST w celu określenia, czy alkohol odgrywa rolę w życiu rodziny w sprawach dotyczących maltretowania bądź przyznania praw do opieki nad dzieckiem. Test składa się z trzydziestu pytań oceniających dziecięce postawy, emocje, spostrzeżenia i doświadczenia związane z nadużywaniem alkoholu przez rodziców.

CAST stosuje się u dzieci co najmniej dziewięcioletnich, zarówno indywidualnie, jak i w grupach. Suma odpowiedzi „tak” daje wynik końcowy mieszczący się w przedziale od 0 do 30. Wynik 0 lub 1 oznacza, że test wypełniło dziecko rodziców niealkoholików. Liczba z zakresu 2–5 wskazuje, że rodzice dziecka piją, by zagłuszyć swoje troski. Dzieci takie doświadczyły już w życiu problemów związanych z piciem przynajmniej jednego z rodziców, pijącego nałogowo lub bliskiego alkoholizmowi. Wynik przekraczający 6 identyfikuje te dzieci, których rodzice mogą znajdować się we wczesnej, średniozaawansowanej lub późnej fazie choroby alkoholowej.

Badania wykazały, że test CAST po przejściu wnikliwej analizy naukowej charakteryzuje się modelową trafnością i niezawodnością (Pilat, Jones, 1985). Jedno z nich zademonstrowało, jak grupa dzieci z wynikiem przekraczającym 6 punktów okazała się w 100% złożona z dzieci z rodzin alkoholowych zdiagnozowanych klinicznie przez psychiatrów, terapeutów i psychologów.

Ankiety i wywiady

Innym obiektywnym środkiem identyfikacji dorastających

dzieci z rodzin alkoholowych są ich własne odpowiedzi udzielane w wywiadach i ankietach. DiCicco i współpracownicy (1984) twierdzą, że niemożliwe jest rozpoznanie dzieci z rodzin alkoholowych na podstawie ich własnych opisów wzorców picia rodziców. Alkoholików nie można zdiagnozować oceniając ilość spożywanego przez nich alkoholu. Do diagnozy potrzebne jest uwzględnienie wielu kryteriów w procesie zbyt skomplikowanym, by dzieci poradziły sobie z nim samodzielnie i precyzyjnie. Mechanizm zaprzeczania wpływa również na obiektywizm dziecięcego spojrzenia na picie rodziców.

Badania sugerują, że bardziej skuteczne podejście obejmuje pytanie dziecka, jak alkoholizm rodziców na nie wpłynął lub jak na nie reagują (DiCicco i in., 1984). Koncentracja na reakcji dziecka pozwala na podniesienie problemu alkoholizmu w sposób sprzyjający szczerości. Jeżeli dziecko z powodu alkoholizmu któregoś z rodziców czuje się przerażone, rozgniewane, zagubione lub zawstydzone – tak, że pragnie, by rodzic przestał pić – należy postawić diagnozę alkoholizmu ze względu na negatywny wpływ picia rodzica na dziecko. Najważniejszą zmienną wskazującą na problemy z samooceną i zachowaniem będzie w tym przypadku sama percepcja dziecka.

Program Rehabilitacji Alkoholików prowadzony przez ośrodki w Cambridge i Somerville (CASPAR) przez osiem lat identyfikował dzieci z rodzin alkoholowych za pomocą ankiety składającej się z zaledwie jednego pytania. Zestaw CAF (Children from Alcoholic Family, tj. dzieci z rodziny

alkoholowej) uwzględnia następujące pytanie oraz możliwe odpowiedzi:

Czy kiedykolwiek pragnąłeś, by jedno lub oboje rodziców mniej piło?

1. Rodzice w ogóle nie piją
2. Tak
3. Nie

DiCicco wraz ze współpracownikami (1984) stwierdzili, że pytanie CAF jest z punktu widzenia statystyki testem godnym zaufania oraz skutecznym środkiem identyfikacji DA. Nastolatki odpowiadają na pytanie CAF relatywnie podobnie w trakcie dojrzewania, co sugeruje, że ich życzenie charakteryzuje się trwałością. Także inne dane potwierdzają, że odpowiedzi na pytanie CAF zbiegają się z ocenami klinicystów. Przykładowo profesjonaliści zidentyfikowali jako dzieci z rodzin alkoholowych 83% spośród 71 nastolatków, które udzieliły w teście odpowiedzi „tak”. Korelacje widoczne są również między reakcjami na pytanie CAF i dziecięcymi opowieściami o systematyczności picia rodziców. W grupie dzieci, które udzieliły twierdzącej odpowiedzi na pytanie, 61,5% potwierdziło również, że „ojciec pije raczej regularnie”, a one same niepokoją się jego piciem.

Inny, bardziej szczegółowy wywiad przesiewowy pozwala na identyfikację dzieci z rodzin alkoholowych, na które negatywnie wpływa picie rodziców próbujących zapiec troski (Biek, 1981). Krótkie pytania zawarte w wywiadzie (patrz

tabela 6.1) można wykorzystać w rozmowach z nastolatkami w rozmaitych okolicznościach; szczególnie zalecane są jako część rutynowego procesu oceny stanu zdrowia wszystkich nastolatków korzystających z usług służby zdrowia pierwszego kontaktu. Test przesiewowy sprzyja wczesnej identyfikacji dzieci z rodzin alkoholowych, a co za tym idzie – kierowaniu ich na terapię czy interwencję w przypadku rodzin nadużywających alkoholu. Dzieci uzyskują w ten sposób warunki zdrowszego psychospołecznego rozwoju. Nastolatki, które uzyskały wysokie wyniki w przesiewowym teście, dwukrotnie częściej narzekały na dolegliwości somatyczne i zdrowotne niż te, u których test nie wskazywał na problemy z piciem u rodziców. Nastoletnie dzieci z rodzin alkoholowych skarżyły się najczęściej na problemy takie jak: zadyszka, bóle brzucha i głowy, zaburzenia snu i poczucie zmęczenia. Wczesne wykrycie oraz interwencja w przypadku problemów związanych z alkoholem pozwala personelowi służby zdrowia na umieszczenie niejasnych dolegliwości somatycznych w bardziej zrozumiałym kontekście. Podobnie, takie rozpoznanie pozwoli na obniżenie ryzyka alkoholizmu u nastolatków, które osiągnęły w teście wysokie wyniki. Jako dzieci z rodzin alkoholowych mogą być bardziej niż inne podatne na niebezpieczeństwo zagłuszania trosk alkoholem.

Tabela 6.1. Wywiad przesiewowy – rozpoznawanie nastolatków, których rodzice piją problemowo

1. Czy znasz jakiegoś nastolatka albo nastolatkę, którzy mieli kłopoty w związku z tym, że któreś z ich rodziców piło?
--

TAK / NIE

2. Czy ktoś z Twoich rodziców pije alkohol? (to pytanie służy do wyeliminowania dzieci abstynentów, do których nie odnoszą się kolejne punkty).

TAK / NIE

Jeżeli na pytanie nr 2 padła odpowiedź „nie”, należy zakończyć wywiad.

3. Czy picie któregoś z rodziców spowodowało kiedyś problemy między nimi samymi lub kimś z bliskiej rodziny? (Czy „tak” oznacza niedawno, czy też dawno temu?)

TAK / NIE

4. Czy przyjaciele i rodzina sądzą, że ktoś z Twoich rodziców ma problem z alkoholem?

TAK / CZASAMI / NIE

5. Czy niepokoi Cię picie któregoś z rodziców?

TAK / CZASAMI / NIE

6. Czy kiedykolwiek w życiu czułeś się zraniony/a, przestraszony/a lub rozłuszczony z powodu picia jednego z rodziców?

TAK / CZASAMI / NIE

7. Czy picie rodziców kiedykolwiek utrudniło Ci w dowolny sposób życie?

TAK / CZASAMI / NIE

Jeżeli na powyższe pytania padły odpowiedzi „nie”, należy zakończyć wywiad. W przypadku uzyskania odpowiedzi „tak” lub „czasami”, kolejne pytania mają charakter otwarty.

8. Jak wpłynęło na Ciebie picie rodzica?

- a.
- b.
- c.
- d.

9. Czy w jakimś momencie Twojego życia Twoje własne picie przyniosło Ci problemy lub troski?

WYNIKI: Punktacja w przypadku pytań 3-7 wygląda następująco:

Tak = 3 punkty;

Czasami = 2 punkty;

Nie = 1 punkt.

Wynik końcowy wynosi od 5 do 15 punktów.

Wynik niski: 5 punktów, brak odpowiedzi „tak” lub „czasami”.

Wynik średni: 6 punktów, 1 odpowiedź „czasami” i 4 odpowiedzi „nie”;

7 punktów, 2 odpowiedzi „czasami” i 3 odpowiedzi „nie”.

Wynik wysoki: 8-15 punktów przy 1 odpowiedzi „czasami” i jednej „tak”
BĄDŹ TEŻ 2 lub więcej odpowiedzi „tak”.

Źródło: Biek, 1981. Wykorzystano za zgodą.

RAMKA 6.3

Kroki w procesie autoidentyfikacji

1. Przeprowadź zajęcia mające na celu uzmysłowienie młodym ludziom, jakie zagrożenia niesie alkohol.
2. Przedstaw pomysł stworzenia stałej grupy wsparcia dla osób mających w domu problemy z alkoholem lub narkotykami.
3. Rozdaj dzieciom formularze do zapisywania się na takie zajęcia.
4. Przeprowadź wywiady przesiewowe z dziećmi, które zgłosiły zainteresowanie uczestnictwem w zajęciach dla dzieci z rodzin alkoholowych.
5. Ustal liczbę dzieci na podstawie priorytetowych kryteriów pasujące najlepiej do Twojej, konkretnej sytuacji.

Autoidentyfikacja

Być może najskuteczniejszą metodą rozpoznawania dzieci z rodzin alkoholowych jest autoidentyfikacja, przeprowadzona przez samo dziecko. Takie podejście pozostawia właśnie dziecku ostateczną decyzję, gwarantuje anonimowość i bezpieczeństwo psychiczne. Młodzi ludzie, którzy z własnego wyboru dołączają do grup wsparcia, mają

motywację, by dowiedzieć się więcej o dzieciach alkoholików i popracować nad własnymi problemami. Udaje im się nawiązać bliższe relacje z innymi osobami, co wspiera i przyczynia się do przetrwania trudnych chwil. Kroki w procesie autoidentyfikacji są proste i łatwe do wprowadzenia, nie budzą niepokoju i są wysoko użyteczne (patrz ramka 6.4).

Proces autoidentyfikacji

Terapeuci Betty Newlon i William Furrow (1986) ustalili, że jednym ze sposobów na dotarcie do dzieci z rodzin alkoholowych są spotkania terapeutyczne w małych grupach połączone z ogólnoklasowymi zajęciami informacyjnymi. Proces identyfikacji w ich badaniu rozpoczynał się od dwóch lekcji poświęconych alkoholizmowi i rodzinie. Uczestnicy zajęć oglądali filmy, słuchali wykładów, otrzymywali materiały informacyjne oraz mieli możliwość dyskusji na rozmaite tematy – np. różnic między piciem nałogowym a odpowiedzialnym, zagadnienia alkoholizmu jako choroby całej rodziny czy cech charakterystycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Na koniec drugiej lekcji dzieci otrzymywały formularz, na którym mogły zaznaczyć, że są zainteresowane zajęciami w mniejszej grupie i omówieniem alkoholizmu na płaszczyźnie bardziej osobistej. Z każdym z dzieci, które wyraziły zainteresowanie, przeprowadzono krótki wywiad przesiewowy. Jeżeli ujawniły, że jedno z ich rodziców jest alkoholikiem, automatycznie kwalifikowały się do terapii grupowej. Wśród pozostałych

odpowiedniej selekcji dokonali nauczyciele, których poproszono o wybranie z listy ochotników tych dzieci, które mogą doświadczać rodzinnych trudności. W grupie 80 dzieci uczestniczących w lekcjach informacyjnych udało się zidentyfikować 11 dzieci z takich rodzin.

Także system edukacyjny amerykańskiego okręgu Cleveland w Północnej Karolinie stosuje podobne środki samoidentyfikacyjne - ze sporym sukcesem ze względu na tempo rozpoznania. U końca programu edukacyjnego dotyczącego alkoholu, przeprowadzanego w piątym i szóstym klasach, personel szkolny prezentuje dzieciom pomysł stworzenia stałej i niewielkiej grupy wsparcia. Dzieci dowiadują się, że jeżeli sądzą, że jedno lub oboje rodziców może mieć problem z alkoholem, mogą uczestniczyć w spotkaniach grupy. Pedagodzy proszą je o wypełnienie prostego formularza (patrz ramka 6.4). Po zebraniu ich z każdym z dzieci, które wyraziło zainteresowanie zajęciami przeprowadzany jest krótki indywidualny wywiad przesiewowy. Dzieci z grup szczególnie wysokiego ryzyka - zwłaszcza szóstoklasiści, którzy przed ukończeniem szkoły nie będą już mieli kolejnej szansy na pomoc, mają pierwszeństwo uczestnictwa w zajęciach. Ostatecznie, grupy liczą zwykle od 20 do 25 uczniów.

Kwestie prawne

Rodzice alkoholicy kochają swoje dzieci i nie chcą ich stygmatyzacji. Aktywnie pijący rodzic na pewno nie powie pedagogom, by nauczyli jego dziecko wszystkiego

o problemach wynikających z alkoholizmu - mechanizm zaprzeczenia jest zbyt silny. Należy zbadać sytuację prawną w konkretnym regionie; niektóre z nich wymagają pisemnej zgody rodzica w kwestii uczestnictwa dziecka w zajęciach grupowych. Jeśli jest ona wymagana, prowadzący mogą wysłać do poszczególnych domów formularze zgody rodziców na uczestnictwo dzieci w zajęciach grupowych nakierunkowanych na podniesienie samooceny czy uzyskanie informacji o zapobieganiu alkoholizmowi czy narkomanii. Dzięki takiemu podejściu unika się piętnowania kogokolwiek przy wysokiej skuteczności werbowania dzieci do udziału w programie, który odpowiada ich potrzebom.

RAMKA 6.4

Przykład formularza zgłoszeniowego

Każdy z nas potrzebuje czasami kogoś, z kim mógłby porozmawiać – zwłaszcza jeżeli nie rozumiemy, co się dzieje wokół. Jeżeli uważasz, że ktoś z bliskich (rodzice, dziadkowie, siostra, brat i inni) ma problem z alkoholem i narkotykami, i chcesz przyłączyć się do grupy dzieci, które również mają same problemy, jak Ty, wypełnij poniższy formularz i oddaj go w sekretariacie Twojego opiekuna (tu można wstawić nazwisko odpowiedniej osoby) skontaktując się z Tobą w sprawie zajęć.

Nazwisko

.....

Klasa

.....

Wychowawca

.....

Tak, jestem zainteresowany/a grupą

Nie, nie jestem zainteresowany/a, dziękuję

Zródło: Organizacja Obywatelska na rzecz Zapobiegania Narkomanii okręgu Cleveland (Cleveland County Community Organization for Drug Abuse Prevention). Wykorzystano za zgodą kierowniczkę programu, Vicky V. White.

PROGRAMY I STRATEGIE TERAPEUTYCZNE DLA DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH

PRZYPADEK 7.1

Pauline była bystrą dziewczynką. Jako zaledwie dwunastolatka przekonała sama siebie, że może kontrolować picie obojga rodziców-alkoholików. Zanim trafiła do ośrodka terapeutycznego, wykształciła już skomplikowany system manipulacji i kontroli spożycia alkoholu przez mamę i tatę. Kiedy wychodzili coś zjeść w mieście, upewniała się z góry, że w wybranej restauracji nie serwuje się napojów alkoholowych. Nie musiała zatem niepokoić się, że któreś z rodziców doprowadzi niewłaściwym zachowaniem do wstydlivej sytuacji, albo upije się tak bardzo, że nie będzie w stanie

odwieźć jej lub młodszej siostry do domu.

Podczas zakupów Pauline zachęcała rodziców do wydawania jak największych kwot, tak by nie wystarczyło już na alkohol. Gdy dzwonił któryś z „kumpli od picia” rodziców, specjalnie zapominała przekazać im wiadomość, żeby nie spotkali się przypadkiem z kimś, kto zachęci ich do picia. Pauline stale wylewała też alkohol przechowywany w domu i wyrzucała zamknięte puszki z piwem, z nadzieją, że rodzice nic nie zauważą i nie ukarzą jej.

Życie Pauline zaczęło kręcić się wokół alkoholizmu ze względu na konieczność ciągłego oszukiwania i wymyślania coraz to nowych metod powstrzymywania rodziców przed piciem. Zaabsorbowanie dziewczynki próbami zapanowania nad chorobą było niezwykle przejmujące, ponieważ – jak sama przyznawała – niezależnie od jej wysiłków rodzice zawsze zdobywali dla siebie piwo czy wino. Pauline zaczęła sama się o to obwiniać i oskarżać, że nie osiąga zamierzonego celu. Jednocześnie bezpowrotnie mijał najważniejszy czas w jej życiu, dzieciństwo.

Bez interwencji terapeutów kompulsywna potrzeba kontroli przeniosłaby się z czasem na inne obszary życia dziecka – do szkoły, pracy czy relacji przyjacielskich. W wieku dorosłym Pauline ograniczyłaby zaufanie i niszczyła bliższe relacje z ludźmi, na których by jej zależało. Cotygodniowe sesje, w których dziewczynka uczestniczyła, miały pomóc jej zaakceptować konsekwencje jej działań, a także nauczyć kierować energią w stronę zadbania o siebie, a nie o innych. Sześć tygodni zajęć zapoczątkowały drogę Pauline ku

zdrowiu. Nauczyła się, że to rodzice muszą ponieść odpowiedzialność za swój alkoholizm. Zrzuciwszy ciężar odpowiedzialności, mogła zająć się zabawą i troską o siebie, nie przestając przy tym kochać i troszczyć się o rodziców.

Skuteczne programy przeznaczone dla dzieci z rodzin alkoholowych

Jeden ze słuchaczy programu radiowego zadzwonił kiedyś do studia z pytaniem: „Jaki sens ma próba pomocy dzieciakom z rodzin alkoholowych, skoro wracają ze szkoły do domu, w którym nic się nie zmienia?”. To ważne pytanie często tkwi w głowach osób niezaznajomionych ze specyfiką alkoholizmu. Odpowiedź, której udzielają profesjonaliści, jest jeszcze ważniejsza. Dzieci muszą mieć swój własny, osobny program terapeutyczny niezależnie od tego, czy rodzice poddają się leczeniu. Pauline i inne dzieci, które żyją w rodzinie czynnych alkoholików, mogą dowiedzieć się, że nie będą w stanie uleczyć czy też kontrolować choroby rodzica/rodziców. Najlepszym dla nich wyjściem będzie zatroszczenie się o siebie. Nauczą się, że dobrze, a nawet bardzo dobrze będzie, jeżeli nie wsiądą do samochodu z rodzicem pozostającym pod wpływem alkoholu. Zrozumieją też, że powinny wiedzieć, kogo powiadomić (krewnego, sąsiada), jeżeli pijący rodzic zostawi je same.

Podłożem pytania słuchacza radiowego był krążący w społeczeństwie mit, jakoby dobro dziecka w pełni zależało od działania rodzica. Przyjmuje się, że kiedy alkoholik rozpoczyna leczenie, jego dziecko automatycznie odzyskuje

zdrowie. I odwrotnie, jeżeli rodzice nie poddadzą się terapii, to dzieci nie mają żadnych szans. Wiemy jednak obecnie, że dzieci mają możliwość powrotu do zdrowia niezależnie od zachowania rodziców. Programy dla dzieci z rodzin alkoholowych zaczynają zatem trafiać do szkół i ośrodków terapeutycznych, które dotychczas leczyły jedynie alkoholików oraz osoby współuzależnione.

Programy psychoedukacyjne

Wiele dzieci z rodzin alkoholowych – jak Pauline – nie wymaga bardzo intensywnej terapii. Ich najpotężniejszą bronią przeciw chorobie jest edukacja. Przekazanie dzieciom informacji na temat alkoholizmu odziera całe zjawisko z nimbu tajemniczości, a także wyposaża w odpowiednie umiejętności językowe i kontekst potrzebny do opowiadania oraz rozumienia własnych doświadczeń. Wiedza daje dzieciom przewagę intelektualną, dzięki czemu będą mogły rozwiązywać problemy w życiu dorosłym oraz radzić sobie z alkoholizmem rodziców w przyszłości (Bingham, Bargar, 1985). Profesjonaliści i opiekunowie powinni poznać takie metody pomocy niesionej sporej i często zaniedbywanej grupie dzieci z rodzin alkoholowych, które są proste, łatwe do zastosowania, niedrogie i efektywne. Z powodu rozpowszechnienia alkoholizmu w społeczeństwie dzieci z rodzin alkoholowych znaleźć można w najróżniejszych systemach pomocy i wsparcia. Zamiast tworzyć nowe biurokratyczne struktury należy raczej wpleść programy psychoedukacyjne w plany działania już istniejących

systemów szkół publicznych, uczelni wyższych i ośrodków terapeutycznych.

System szkolny

Szkolni nauczyciele i psychologowie nie zajmują się wprawdzie leczeniem alkoholizmu, ale na szkołach ciąży obowiązek zapewnienia wszystkim dzieciom dostępu do odpowiedniej edukacji. Szkoły odgrywają ogromną rolę w pomaganiu dzieciom alkoholików, gdyż rodzicielski alkoholizm poważnie przeszkadza im w nauce. System szkolny dysponuje zatem najsensowniejszym zapleczem pozwalającym na przekazanie dzieciom wiedzy o spożywaniu i nadużywaniu alkoholu. Zarówno nauczyciele, jak i reszta personelu szkolnego pełnią podstawowe role w identyfikacji tych dzieci i pomaganiu im. Regularnie kontaktują się z dziećmi, toteż mogą nawiązać z nimi długotrwałe i bezpieczne relacje oparte na zaufaniu – warunku koniecznym udanej pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych. Nauczyciele mogą częściowo uwolnić dziecko od nadmiaru obowiązków i stanowić bezpieczną przystań jako osoby, do których dzieci mogą się zwrócić i zostać wysłuchane. W rzadkich przypadkach, w których rodzina prosi szkołę o pomoc, nauczyciele, pedagodzy oraz dyrekcja szkoły może skierować je do właściwych specjalistów.

Przykładem działań dotyczących zagrożeń ze strony substancji uzależniających jest odnoszący sukcesy i przynoszący pozytywne skutki program stworzony przez okręg szkolny Phoenix Union High School w Arizonie

(Watkins, 1988). Program obejmuje szeroko zakrojone działania zapobiegawcze i interwencyjne dla uczniów od 5. do 16. roku życia. Dotyczy dzieci, które same uwiły się w zażywanie substancji chemicznych bądź też cierpią z powodu uzależnienia członków rodziny, a także należą do grupy wysokiego ryzyka z uwagi na inne życiowe komplikacje. Działania szkół z Phoenix zakładają systematyczne wysiłki na rzecz identyfikacji i wsparcia uczniów, na edukację i rozwój których w negatywny sposób wpływają domowe problemy. Wszyscy pracownicy szkoły przechodzą szkolenie z zakresu uzależnień od substancji chemicznych. Uczniowie dowiadują się więcej o nadużywaniu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na zebraniach, w trakcie lekcji czy prezentacji klasowych. Dzieci z problemami - z rodzin alkoholowych lub uzależnione od innych substancji - rozpoznawane są na podstawie obserwacji rówieśników, nauczycieli, rodzin, lokalnych organizacji społecznych, policji, a także przez autoidentyfikację. Specjalnie wyznaczone osoby przygotowuje się do prowadzenia grup wsparcia. Uczniowie spotykają się w takich grupach w szkole co tydzień w trakcie zajęć klasowych. Ze względu na różnorodność potrzeb dzieci powstają cztery różne, osobne grupy zajmujące się: zagadnieniem życia wolnego od uzależnień, pomocą w wypadku problemów związanych z nadużywaniem substancji chemicznych, wsparciem w razie niepokoju o przyjaciela czy członka rodziny, który nadużywa substancji chemicznych czy też rozwiązywaniem innych problemów

niezwiązanych z uzależnieniami. Spotkania odbywają się raz w tygodniu, a nauczyciel poświęca odpowiednią ilość czasu na ich przygotowanie.

Rezultaty wdrożenia programu przeszły wszelkie oczekiwania twórców. Ankiety przeprowadzone w grupie 335 uczniów ujawniły, że 71% z nich wypracowało nowe, pozytywne sposoby radzenia sobie z problemami, a także nauczyło się wyrażać emocje w konstruktywny sposób. A 61% uczniów używających alkoholu lub narkotyków zmniejszyło lub całkiem porzuciło ich spożycie w rezultacie uczestnictwa w grupowych spotkaniach. Odnotowano także poprawę w ogólnym stosunku do szkoły (50%), frekwencji (35%) i obowiązku nauki (31%).

Edukacja wyższego stopnia

Kampusy uniwersyteckie i ośrodki studenckie również stanowią znakomite miejsca na realizację programów psychoedukacyjnych dla przyszłych terapeutów oraz dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych. Kursy dotyczące nadużywania substancji chemicznych lub dynamiki rodzinnej można włączyć w programy studiów. Zajęcia dotyczące rozwoju dziecka, socjologii, psychologii, a także studia pielęgniarstwa i nauki o rodzinie można rozszerzyć o wykłady na temat dzieci w rodzinach alkoholowych. Specjalne psychoedukacyjne grupy dla studentów-dzieci z rodzin alkoholowych, zorganizowane przez uczelnie w poradniach studenckich, z powodzeniem realizują swoje cele. Pięciodniowe kursy prowadzone na znaczącym

uniwersytecie pomogły tym dzieciom zrozumieć, jakie role przybrali w swoich rodzinach. Przekazały także pożyteczne informacje na wypadek kolejnego zetknięcia się z alkoholizmem w życiu dorosłym (Donovan, 1981). Ośmiotygodniowe zajęcia grupy wsparcia na innym kampusie uniwersyteckim przyniosły poprawę funkcjonowania psychicznego studentów z rodzin alkoholowych (Barnard, Spoentgen, 1987).

Ośrodki terapeutyczne

Programy psychoedukacyjne dla dzieci są również ważnymi elementami planu pracy ośrodków terapeutycznych, nawet jeśli głównym celem ich działania jest pomoc dla uzależnionych i współuzależnionych rodziców. Wyniki badań prowadzonych w latach 80. XX wieku przez takie ośrodki wskazywały, że dzieci z rodzin alkoholowych pozostają na marginesie procesu terapeutycznego. Jeżeli zapewniano im wsparcie, to w formie terapii indywidualnej (Regan, Connors, O'Farrell, Wyatt, 1983).

Wzrosła natomiast ogólnokrajowa liczba programów terapeutycznych oferowanych dzieciom z rodzin alkoholowych. Przyczyniła się do tego głównie rezolucja Narodowego Stowarzyszenia na rzecz Dzieci Alkoholików wydana w 1987 roku, która żądała, by wszystkie programy terapeutyczne dotyczące problemu uzależnienia od substancji chemicznych zawierały komponent przeznaczony specjalnie dla dzieci nałogowców. Każdy taki program powinien zawierać w sobie wspólne, ustalone dla wszystkich

cele, a także dysponować właściwym systemem ewaluacji.

Ustalanie celów programów

Twórcy programów psychoedukacyjnych powinni zrozumieć, że skuteczny i znaczący program musi ujmować w sobie właściwie formułowane cele terapii. Programy interwencyjne zawierać powinny sekwencję komunikatów, które należy przekazać dzieciom. Na rynku funkcjonują już rozmaite kompilacje programów wyłącznie dla dzieci z rodzin alkoholowych, gotowych do wdrożenia w szkołach i ośrodkach terapeutycznych równoległe z terapią rodziców. Większość z nich ma szereg wspólnych zasadniczych tez (patrz ramka 7.1). Są to ważne zadania edukacyjne, które powinny stanowić element każdego programu psychoedukacyjnego dla nich przeznaczonego. Programy proponują zwykle integrację dziesięciu głównych tez z tematami zajęć, po jednej na każdy tydzień cyklu programowego.

RAMKA 7.1

Główne założenia programu dla dzieci z rodzin alkoholowych

1. Alkoholizm jest chorobą.
2. W rodzinie alkoholowej każdy - w tym dzieci - odczuwa ból.
3. Dzieci, których rodzice piją za dużo, nie są z problemem same.
4. Dzieci nie są przyczyną, nie są w stanie kontrolować ani uleczyć alkoholizmu rodziców.
5. Istnieje wiele sposobów, na które dzieci mogą poprawić sobie samopoczucie i zatroszczyć się o siebie, gdy rodzice piją.
6. Identyfikacja i wyrażenie emocji dotyczących picia rodziców ma dla dzieci funkcję terapeutyczną.
7. Dzieci mogą bez lęku rozmawiać o alkoholizmie rodziców z przyjaciółmi lub w bezpiecznej atmosferze zajęć grupowych.
8. Dzieci z rodzin alkoholowych znajdują się w grupie wysokiego ryzyka uzależnienia od substancji chemicznych.
9. Ważne jest, by dzieci znały i korzystały ze wsparcia godnych zaufania systemów spoza rodziny.
10. Istnieje wiele praktycznych metod rozwiązywania problemów i radzenia sobie z alkoholizmem rodziców.

Alkoholizm jest chorobą

Dzieci muszą zrozumieć, że alkoholizm jest chorobą, której uzależniony rodzic nie kontroluje. Często bywa tak, że dziecko stawia znak równości między piciem rodzica i brakiem miłości z jego strony. Robert Bly powiedział, że „każde dziecko alkoholika otrzymuje komunikat, że butelka jest dla rodzica ważniejsza, niż ono samo” (1987). Dzieci powinny jednak wiedzieć, że rodzice je kochają, choćby objawy choroby świadczyły o czymś przeciwnym. Gdy

dziecko zaczyna rozumieć, na czym polega choroba, piętno narzucane przez alkoholizm znika, toteż rozmowa na jego temat przychodzi dziecku łatwiej. Zdobywa ono również odpowiedni zasób słów i kontekst, w którym może werbalizować własne myśli i emocje, a także dowiaduje się, że rodzice mogą poddać się leczeniu i wyzdrowieć.

Każdy odczuwa ból

Dzieci powinny wiedzieć także, że alkoholizm wpływa ujemnie na wszystkich członków rodziny. Każdy z nich przybiera rolę (bohatera, zagubionego dziecka, kozła ofiarnego, maskotki), aby poradzić sobie i przetrwać w trudnej sytuacji. Odgrywane role stanowią maskę dla niskiej samooceny, niepokoju, depresji oraz szeregu innych odczuć. Nie pozwalają również dzieciom wyrazić swych prawdziwych emocji czy nawiązać bliższych kontaktów z innymi. Programy podkreślające wpływ alkoholizmu na całą rodzinę pomagają dzieciom zdać sobie sprawę (jeśli jeszcze tego nie wiedzą), że one same również zostały skrzywdzone.

Dzieci nie są same

Dzieci, których rodzice nadużywają alkoholu, odczuwają ogromną ulgę, gdy dowiadują się, że nie są ze swym nieszczęściem same. Odkrywają, że na świecie jest jeszcze mnóstwo dzieci takich, jak one (przykładowo w USA całe siedem milionów). Waga pracy w grupie polega na tym, że dzieci uczą się, że nie różnią się aż tak bardzo od innych,

oraz że inne dzieci – mające podobne doświadczenia i żyjące w rodzinach alkoholików – myślą i czują podobnie w wielu sprawach. Młodsze dzieci zaskakują zwykle informacje, że sławni ludzie, tacy jak Chuck Norris, Brooke Shields lub Suzanne Somers, także dorastali w rodzinach alkoholowych. Dyskusje na podobne tematy komunikują dzieciom, że nie są odizolowane, odmienne i nienormalne. Przeciwnie, ich reakcje na alkoholizm rodziców są najzupełniej naturalne.

Przyczyna, kontrola, leczenie

Te spośród programów dla dzieci z rodzin alkoholowych, które charakteryzuje wysoka jakość, podejmują kwestie przyczyn, kontroli i leczenia choroby. Dzieci często sądzą, że bezpośrednio lub pośrednio ponoszą winę za alkoholizm rodzica. Muszą się zorientować, że nie są za chorobę odpowiedzialne oraz że nie będą w stanie kontrolować ani uleczyć rodzica, niezależnie od podejmowanych, często bardzo gorliwych, starań. Ponieważ alkoholizm jest chorobą, dzieci nie mogą wpłynąć na jej przebieg podobnie jak w przypadku choroby serca albo nowotworu. Nieustępliwe wysiłki dzieci zmierzające do kontroli rodzicielskiego alkoholizmu skazane są na porażkę i prowadzą jedynie do spadku samooceny. Dzieci mogą jednak zyskać świadomość, że istnieją w życiu takie obszary, z którymi będą w stanie samodzielnie sobie poradzić. Kontrola nad własnym życiem poprawi ich samopoczucie i pomoże odzyskać psychiczną równowagę.

Troska o siebie

Mimo braku wpływu na picie rodziców lub rodzica dziecko powinno wiedzieć, że samo w sobie zasługuje na pomoc. Potrzebuje pomocy w zrozumieniu, że ciągle próby zatrzymania czy zmiany przebiegu choroby doprowadzą do frustracji, gniewu i innych emocjonalnych skutków ubocznych. Z pomocą opiekunów, dzieci uczą się, jak zostawić z boku poważne problemy świata dorosłych i wrócić do beztróskiego świata dzieciństwa. Uczą się także, jak zadbać o siebie, gdy rodzice piją - do kogo zadzwonić lub gdzie udać się po pomoc w razie potrzeby. Dzieci powinny także poznać własne mocne strony i rozwijać je, poprawiając własną kondycję psychiczną. Rozgraniczą w ten sposób zagadnienie alkoholizmu rodziców od własnej samoświadomości. Profesjonaliści pracujący z dziećmi alkoholików mogą zaproponować im wiele ćwiczeń przeorientowujących obraz samych siebie. Badania naukowe potwierdzają, że nawet krótkotrwałe działania interwencyjne wobec dzieci z rodzin alkoholowych poprawiają ich samoocenę i umiejętność nawiązywania bliskich relacji (Barnard, Spoentgen, 1987).

Identyfikacja i wyrażanie emocji

Dzieci uczą się, że wiele różnych emocji to częsta reakcja na nadmierne picie rodziców. Odkrywają też, że rozpoznawanie własnych odczuć i wyrażanie ich w konstruktywny sposób poprawia samopoczucie i sympatię do samego siebie. Niegroźnym dla dziecka sposobem na ekspresję emocji stają się działania twórcze: sztuka, muzyka,

teatrzyk kukielkowy, przebieranki, zabawa gliną itp. Samo okazanie uczuć staje się punktem wyjścia do dyskusji na ich temat. Ważne, by podkreślać, że emocje same w sobie nie są ani dobre, ani złe – wszystkie są właściwe. Nawet (często wyrażana przez dzieci z rodzin alkoholowych) nienawiść może stanowić autentyczną i naturalną reakcję na chorobę w rodzinie. Istnieją natomiast właściwe i niewłaściwe sposoby komunikacji emocji. Gniew nigdy nie powinien manifestować się jako przemoc wobec innych, choćby nawet dzieci obserwowały takie sytuacje w domu. Właściwym sposobem na ekspresję gniewu będą m.in. rozmowa o nim, powiedzenie o nim osobie, na którą jest się złym, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, narysowanie i opisywanie gniewu, odgrywanie złości czy też walenie w poduszkę albo coś twardego plastikowym kijem.

Rozmowy o picciu rodziców

Zaprzeczanie stanowi mocną i trudną do przełamania barierę w komunikacji, zwłaszcza wśród starszych dzieci i nastolatków. Dzieci wyposażone są w emocjonalną potrzebę nieufności wobec słów osób prowadzących zajęcia profilaktyczne, toteż często zaprzeczają, jakoby rodzice mieli problem z alkoholem. Choć same w głębi serca wiedzą, jak sprawa wygląda, próbują ukryć prawdę przed innymi.

Seth – blondyn o łagodnym głosie – w wieku dwunastu lat wykształcił w sobie już bardzo silne mechanizmy obronne. Zaprzeczał, że rodzice są alkoholikami, że pobił kiedyś matkę-narkomankę, przez co trafiła do szpitala, oraz że

cokolwiek jest nie w porządku. Na zajęciach pozostawał milczący i spięty, a opowieści innych dzieci słuchał tak uważnie, jakby nigdy wcześniej nie zetknął się z podobnymi problemami. Kiedy ojciec Setha przerwał abstynencję i upił się na swoje czterdzieste urodziny, chłopiec z uśmiechem i wzruszeniem ramion opowiedział o tym na zajęciach: „Nic mnie to nie obchodzi. Nie dbam o to, po prostu wszystko ignoruję. Spałem na tylnym siedzeniu, kiedy wracaliśmy z baru do domu”. Ambiwalentne uczucia Setha w stosunku do choroby ojca odzwierciedlił list, który powstał w trakcie zajęć:

„Drogi tato, nie lubię, gdy pijesz. W porządku, jeśli robisz to w dniu urodzin. Wiem, że wcale tego nie chcesz, ale czasem to robisz. Tak naprawdę za bardzo się nie przejmuję. Po prostu cię ignoruję. Cieszę się, że przestałeś”.

Sethem miały podczas pisania najróżniejsze emocje – od nielubienia ojcowskiego picia, przez czucie się z tym w porządku czy obojętność, aż po zadowolenie, że ojciec przestał pić. Najwidoczniej chłopiec zmagał się z mechanizmem zaprzeczania prawdziwym uczuciom: niepokoju, lęku i rozczarowania, gdy ojciec pił. Celem programu stało się stworzenie dla niego bezpiecznego środowiska, w którym mogłby dotrzeć do swych prawdziwych emocji, wydobyć je na powierzchnię i przepracować konstruktywnie.

Dzieci powinny wiedzieć, że rozmawianie o piciu rodziców z przyjacielem lub w bezpiecznej grupie jest w porządku. Wykreowanie bezpiecznej atmosfery zaufania,

w której dzieci mogą opowiedzieć komuś o alkoholizmie, wymaga jednak czasu. Dzieci nabierają zaufania stopniowo, w miarę gdy zaczynają czuć, że opiekunowie są wobec nich szczerzy i troskliwi, a także że treść rozmów pozostanie tajemnicą i nie zostanie ujawniona rodzicom. Najważniejsze jest przy tym, by nie umniejszać lub podważać dziecięcych doświadczeń nabytych w zetknięciu z alkoholizmem.

Wysokie ryzyko uzależnienia

Charakter chorobliwego uzależnienia powoduje, że przenika ono z jednej dziedziny życia do innych. Dzieci z rodzin alkoholowych należą do grupy wysokiego ryzyka popadnięcia w alkoholizm i pracoholizm, zaburzenia odżywiania czy uzależnienie od hazardu, zakupów, seksu lub narkotyków. Czterokrotnie bardziej narażone są na uzależnienie od substancji chemicznych niż dzieci z domów abstynenckich. Często wmawiają one sobie, że mają nad swym życiem pełną kontrolę. Wielokrotnie powtarzają sobie: „Mnie się to nigdy nie przytrafi”. Chwalą się nawet, że nie piją, tak jak rodzice: „Mogę sobie zapalić jointa albo wziąć kokę, ale nigdy nie zostanę alkoholikiem”. Inne niż alkoholizm uzależnienie to dla dzieci z rodzin alkoholowych często sposób poradzenia sobie z chorobą rodziców, gdyż dzieci nie zdają sobie sprawy, że każdy nałóg stanowi wariant tej samej choroby. Muszą zrozumieć zatem, że inna substancja nie jest lepsza od alkoholu, a cykl choroby powinny przełamać dla własnego dobra.

Wśród młodszych dzieci analogie między nowotworami

a alkoholizmem należy przeprowadzać ostrożnie. Dzieci niepokoją się bowiem niekiedy, że „złapią” alkoholizm. Trzeba je wtedy uspokoić i wyjaśnić, że chorobie można zapobiec. Wielką rolę odgrywa tu przekazywanie wiedzy o alkoholizmie i umiejętności podejmowania mądrych decyzji dotyczących picia.

Systemy wsparcia

Praca w grupie to dla dziecka dopiero pierwszy krok na drodze ku wyzdrowieniu. Dzieci powinny wiedzieć, gdzie znaleźć wsparcie po zakończeniu programu. Trzeba je uświadomić, że pomoc znajduje się w zasięgu ręki i muszą po nią sięgać w razie potrzeby. Przydadzą im się praktyczne informacje o tym jak, do kogo i gdzie się zwrócić (przyjaciół, terapeutów, nauczycieli, krewnych, sąsiadów, grupy Alateen itp.).

Samodzielne rozwiązywanie problemów

Pomoc dzieciom w samodzielnym rozwiązywaniu problemów i radzeniu sobie w trudnych sytuacjach polega na wymyślaniu i odgrywaniu konkretnych zachowań pasujących do określonych sytuacji. Co należy zrobić, gdy tata zatrzymuje się przy barze, a po trzech-czterech godzinach picia chwiejnym krokiem zmierza do samochodu? Albo, gdy mama zapomina zabrać dziecko z kina do domu. Agresywny ojciec pobił mamę i grozi dziecku; uczeń potrzebuje spokojnego miejsca do nauki - dzieci z rodzin alkoholowych są zazwyczaj nieprzygotowane do radzenia sobie z takimi

sytuacjami. Czasem wykształcają własny styl mierzenia się z problemami. Prowadzący zajęcia powinni przygotować się na wysłuchanie ich pomysłów i pomoc w wyborze opcji oraz rozwiązań maksymalnie korzystnych dla dziecka. W trakcie ćwiczeń w grupkach mogą one przeprowadzić burzę mózgów, zebrać pomysły na zaradzenie trudnym sytuacjom, a następnie przewidzieć konsekwencje postępowania i ocenić grupowe plany (Schall, 1986).

Znakomite ćwiczenie „Koło niepowodzeń” wymaga od dzieci współpracy zespołowej w rozwiązywaniu autentycznych problemów, na jakie trafiają (Moe, Pohlman, 1988). Po wykonaniu zadania dzieci dostrzegają, że mają do dyspozycji niejedną opcję poradzenia sobie z przeciwnościami. Prowadzący zajęcia dzieli dzieci na trzyosobowe grupki. Każda wybiera dla siebie nazwę, a następnie kręci kołem niepowodzeń, które ląduje na określonej literze alfabetu. Przypisane do liter scenariusze wyglądają na przykład tak:

Dziewięciolatki: Bobby, Jeremy i Lori nazwali swoją grupę „Sprytnie koty”. Obracając koło wylosowali sytuację, w której znaleźli nieprzytomną mamę na dywanie w salonie. Co zrobić? Dzieci zaczęły szybko wymieniać się najróżniejszymi pomysłami - niektóre z nich były głupie, inne bezwstydne, a jeszcze inne znakomite. Bobby zasugerował, żeby pójść po sąsiada, a Lori chciała zadzwonić po pogotowie. Jeremy orzekł, że najlepszym pomysłem będzie najpierw spróbować ocucić mamę.

Zgodzili się ostatecznie, żeby wypróbować wszystkie trzy pomysły - najpierw próbować obudzić mamę, potem zadzwonić po karetkę, wreszcie przywołać sąsiada. Gdy podzielili się pomysłami z resztą grupy, spotkali się z oklaskami i okrzykami radości.

(Moe, Pohlman, 1998, s. 48).

Poprzez takie ćwiczenia dzieci uczą się, że mogą z powodzeniem stawiać czoło problemom związanym z alkoholizmem, a także sprostać nieoczekiwanym sytuacjom. Poszerzenie kompetencji daje im także więcej motywacji, podnosząc samoocenę i pomagając dzieciom przezwyciężyć poczucie beznadziei.

Porady dla opiekunów i terapeutów

Skuteczność programów psychoedukacyjnych w wysokim stopniu zależy od zapewnienia przez prowadzących bezpieczeństwa i atmosfery zaufania. Dzieci głęboko straumatyzowane odczuwają naturalny opór wobec terapeutycznych interwencji. Opiekunowie nie powinni spodziewać się, że dzieci od razu ujawnią, co je dręczy. Cierpliwość stanowi klucz w zdobywaniu zaufania dzieci, zarówno w przypadku cotygodniowych spotkań, jak i w codziennej pracy w klasie. Dzieci obdarzą kredytem zaufania te osoby, które zagwarantują im bezpieczeństwo, dadzą opiekę i cierpliwie wysłuchają, a także okażą troskę bez pouczeń, kazań i ponagleń. W miarę upływu czasu między prowadzącym zajęcia a dziećmi wytwarza się

naturalna i pogłębiająca się więź, zbudowana na wzajemnym szacunku i oddaniu.

W obronie i w imieniu dzieci

Występowanie w imieniu dzieci z rodzin alkoholowych jest sposobem na okazanie im współczucia. Ze względu na charakter choroby dzieci te nie znajdują w rodzicach orędowników własnej sprawy, w przeciwieństwie do dzieci niepełnosprawnych lub emocjonalnie zaburzonych. Głos w imieniu dzieci, na rzecz ich potrzeb i praw, muszą zabrać profesjonaliści. Nauczyciele, terapeuci i pracownicy służb społecznych pracujący w szkołach lub ośrodkach zwalczania i zapobiegania uzależnieniom mogą wdrażać programy ukierunkowane na dzieci według punktów opisanych w niniejszym rozdziale. W wielu przypadkach zasoby i zaplecze, którym dysponuje dana placówka, wystarczą, by realizować dziecięcy program.

Realizacja programów edukacyjnych na temat alkoholu

Szkolni psychologowie mogą nawiązać ścisłą współpracę z resztą personelu, aby pomóc dzieciom przystosować się do życia w rodzinie. Pedagodzy natomiast mogą pomóc nauczycielom przygotować specjalne lekcje dotyczące rodzin alkoholowych przy wykorzystaniu strategii opisanych w niniejszym rozdziale. Dzięki szkolnym warsztatom zorganizowanym dla nauczycieli i pracowników szkoły wszyscy lepiej zrozumieją, z jakimi trudnościami zmagają się dzieci z rodzin alkoholowych. Dzięki temu nauczyciele będą

mogli zapewnić dzieciom lepszą pomoc w niełatwych sytuacjach. Dni świadomości zagrożenia alkoholizmem organizowane w szkole dadzą wszystkim dzieciom możliwość zaznajomienia się z zagadnieniem i jego konsekwencjami. Umożliwią też niezagrażający nikomu kontakt dzieciom alkoholików i posłużą jako bodziec do zorganizowania specjalnych grup wsparcia dla nich.

Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin alkoholowych

PRZYPADEK 7.2

To była pierwsza noc Rodneya w ośrodku terapeutycznym, więc nic dziwnego, że był cichszy niż inne dzieci. A jednak zwrócił moją uwagę. Zastanawiało mnie coś w jego sposobie poruszania się i gestykulowania, choć z początku nie wiedziałem dokładnie, co to było.

Sześćoletni Rodney - ładny chłopczyk pochodzenia włoskiego - nie był ani upośledzony umysłowo, ani na spektrum autyzmu, ale wydawało się, że znajduje się w stanie szoku. Był emocjonalnie odseparowany od wszystkiego i wszystkich wokół. Na placu zabaw wydawał się rozmawiać sam ze sobą albo swymi wymyślonymi przyjaciółmi. Dzieci grały wokół niego w piłkę, a Rodney przebywał we własnym wyobrażonym świecie, ruszając rękoma i bezgłośnie werbalizując myśli. Nic dziwnego - w ciągu roku zdążył zaliczyć już trzy różne szkoły podstawowe. Nazwy obecnej nie pamiętał. Jego rodzinę już sześciokrotnie eksmitowano

z mieszkania, ponieważ ojciec-alkoholik nie opłacił czynszu. Rodney opowiedział mi, że za czasów mieszkania w Seattle pewnego dnia po powrocie ze szkoły znalazł cały rodzinny dobytek popakowany w czarne worki na śmieci na trawniku przed domem.

Pamiętając o przeszłości chłopca i jego potrzebie przebywania w świecie własnych fantazji, opiekunowie starali się nie wyrywać go z marzeń. Wiele dzieci często wycofuje się w świat wyobraźni, dzięki czemu są w stanie przetrwać. Wyobraźnia jest mianowicie jedyną rzeczą, jaką mogą swobodnie władać i uchwycić, gdy cały świat zewnętrzny rozpada się. Próbowaliśmy zatem delikatnie sprowadzać Rodneya do teraźniejszości podczas gry w kickball. „Uważaj, Rodney, podaję do ciebie” czy „Uwaga, Rodney, pilnuj trzeciej bazy” – takie okrzyki przywracały go z wymyślonego świata do rzeczywistości. Chłopiec nie wiedział, jakie są zasady kickballu, więc wyjaśniłem mu je porównując grę z softballem i baseballlem. Zaskoczyło mnie, że nie rozumiał pojęć takich, jak aut, zmiany strony czy bieg do bazy. Pół godziny po rozpoczęciu rozgrywki Rodney pociągnął mnie za rękaw i zapytał: „Kiedy zaczniemy się bawić?”. Głęboko zaskoczony, sądziłem chwilowo, że źle coś zrozumiałem i poprosiłem o powtórzenie. „Kiedy zaczniemy grać?” zapytał ponownie. Popatrzyłem w dół na niewinną buzię chłopca czekającego na odpowiedź i udzieliłem bardzo naturalnej dla mnie odpowiedzi: „Już gramy, Rodney”.

Chłopiec nigdy wcześniej w nic nie grał i nie potrafił rozpoznać zabawy nawet, gdy ją obserwował czy brał w niej

udział. Stopniowo zacząłem rozumieć, dlaczego przykuł moją uwagę od samego początku. Fakt, że Rodney pozbawiony był możliwości zabawy, uwidocznił się jasno w jego zachowaniu i negatywnie wpłynął na jego fizyczny, kognitywny, społeczny i emocjonalny rozwój. Rodney poruszał się niezdarnie i nieskoordynowanie przy bieganiu czy chodzeniu. Brakowało mu schematów poznawczych dotyczących zabawy i sposobów grania z kolegami, nie rozumiał pojęcia zasad. Słabe kompetencje społeczne sprawiały, że nie wiedział, jak współdziałać z rówieśnikami. Spytałem go, czy ma jakichś przyjaciół lub towarzyszy zabawy. Długo zastanawiał się nad odpowiedzią, po czym z przejęciem wykrzyknął: „Pies sąsiadów jest moim przyjacielem!”

Pod pewnymi względami Rodney stanowił wśród innych dzieci wyjątek, ale pod innymi był bardzo typowym dzieckiem z rodziny alkoholowej. Claudia Black mogłaby uzupełnić swoje trzy niepisane zasady („nie mów, nie czuj, nie ufaj”) o jeszcze jedną. Czwarta reguła pośrednio lub bezpośrednio przyswajana przez dzieci te głosi, że nie należy się bawić ani niczym cieszyć. Przypadek Rodneya jest skrajnym przykładem dziecka pozbawionego możliwości zabawy do tego stopnia, że odcisnęło to piętno na jego rozwoju fizycznym, umysłowym, społecznym i emocjonalnym. Dosłownie krok po kroku musieliśmy nauczyć go, czym jest zabawa albo jak grać w gry. Inne dzieci również internalizują tę samą zasadę, choć być może w mniejszym stopniu. Alkoholizm to poważna sprawa. Przetrawanie pochłania całą

energię wszystkich członków rodziny. Nie można jej „marnować” albo „lekkomyślnie tracić” na coś tak trywialnego i frywolnego, jak zabawa. Gry i zabawy to jedna z wielu strategii stosowanych przez profesjonalistów w terapii dzieci z rodzin alkoholowych.

Terapeutyczna wartość gier i zabaw

Zabawa jest pracą małych dzieci. Choć wszystkie potrzebują mieć do niej dostęp, dla dzieci z rodzin alkoholowych zabawy odgrywają podwójnie ważną rolę. Lerner (1986, s. 114) twierdzi, iż „Kontakt z głową i sercem poprzez humor i zabawę może nieść równie terapeutyczny efekt, co praca nad gniewem, rozpaczą i niepokojem”. W grach zespołowych dzieci te uczą się rozwiązywać wspólne kłopoty, internalizują zasady i role społeczne. Poprzez zabawę poznają także, czym jest spontaniczność i elastyczność, a także ćwiczą negocjowanie i wchodzenie w interakcje z równorzędnymi im rówieśnikami. Dzieci nie przyswoją sobie tych ważnych kompetencji w domu alkoholowym, gdzie „rodzic jest zawsze górą, a dziecko ma słuchać” (Black, 1987). Wszystkie dzieci z rodzin alkoholowych trzeba w ramach programów terapeutycznych uczyć, jak się bawić i odczuwać radość. Zabawa jest dla nich okazją uwolnienia się, ponieważ dzieci zaznajamiają się bliżej z własnymi uczuciami. Rozwijają również koordynację ruchową i poczucie równowagi, a także umiejętności społeczne. Podczas gry trenują też sztukę negocjacji i samodzielnego rozwiązywania problemów. Zasady i role

przybierane w grach dziecięcych pozwalają ich uczestnikom na nauczenie się, jak może wyglądać społeczeństwo dorosłych. Budzi się zarówno poczucie współpracy, jak i rywalizacji, a wraz z nimi przyswajane są koncepcje sprawiedliwości i niesprawiedliwości, uprzedzeń i tolerancji, przywództwa i podążania za liderem, czy lojalności i nielojalności. Wszystkie zaczynają nabierać rzeczywistego i osobistego znaczenia. Dzięki zabawie dzieci mają także możliwość odreagować i zapomnieć na chwilę o poważnym i traumatyzującym życiu codziennym. Strategie rodem z gier i zabaw można zintegrować z programem interwencyjnym.

Zabawa w teatr

Jak wspomniano w rozdziale szóstym, zabawa w teatr może być metodą umożliwiającą obserwację emocji i frustracji związanych z alkoholizmem, zwłaszcza wśród dzieci przedszkolnych odgrywających scenki domowe. Specjalny kąt w klasie przeznaczony na zabawę w dom lub teatr i wyposażony w rekwizyty będzie stymulował dzieci do odgrywania niepokojących sytuacji, jakich doświadczyły w domu. Często w takich scenkach pojawia się postać pijącego rodzica, który wszystkimi komenderuje, a także przypadki bicia lub kłótni małżeńskich. Udział dorosłego w zabawie w teatr może pomóc dzieciom odpowiednio uściślić ważne dla nich pytania, wytłumaczyć niejasności i poszukiwać alternatywnych metod działania. Przykładowo opiekun może dołączyć do udawanej kłótni i pokazać dzieciom, jak można rozwiązać spór interpersonalny lub

poradzić sobie z lękiem.

Etapy zabawy

Niektóre małe dzieci – tak jak Rodney – nie miały przed podjęciem terapii dostępu do zabawy, toteż mogą potrzebować pomocy przy przejściu przez etapy zabawy, które przegapiły wcześniej. Celem jest stopniowe wprowadzenie dziecka w świat zabawy równoległej, a następnie także towarzyszącej oraz kooperacyjnej z innymi dziećmi. Zazwyczaj dzieci pięcioletnie lub sześcioletnie mają już te etapy za sobą, czasami starsze dzieci w wieku szkolnym mogą przeżywać jednak trudności, toteż będą potrzebować okazji do powtórki przebytej już drogi.

Zabawa w wyobraźni

Zabawa nie zawsze wymaga udziału prawdziwych ludzi. Dzieci wymyślają sobie czasem własnych towarzyszy zabaw, zwłaszcza gdy nie mają wielu przyjaciół czy rodzeństwa, a także muszą samotnie mierzyć się z problemami w rodzaju rodzinnego alkoholizmu. Satysfakcję emocjonalną uzyskują z prowadzenia długich rozmów i dzielenia się zabawkami z niewidzialnymi przyjaciółmi. Wymyśleni towarzysze zmniejszają w dzieciach poczucie osamotnienia, pomagają radzić sobie z lękiem lub niesatysfakcjonującymi relacjami – na przykład z agresywnym pijącym rodzicem. Stanowią też ujście dla gniewu i wrogości dziecka. Większość z nich pojawia się w życiu dzieci między 2,5 a 10 rokiem życia, przy czym znikają po tym, jak dziecko idzie do szkoły i zdobywa

innych towarzyszy zabaw lub otrzymuje pomoc terapeutyczną w wypadku poważnych problemów (Flake-Hobson i in., 1983).

Gry pozbawione elementu rywalizacji

Niektóre zabawy - berek, w chowanego, klasy, ciuciubabka i podobne - cieszą się sporą popularnością wśród dzieci szkolnych. Wiele dorastających dzieci z rodzin alkoholowych także je lubi, bo nie miały wcześniej możliwości ich doświadczyć. W takich zabawach dzieci dostają szansę na wyładowanie nagromadzonej energii, rozwój zdolności psychomotorycznych i umiejętności społecznych.

Programy, które kładą nacisk na otwartą rywalizację i porównywanie dzieci, skazują je na porażkę i nieodmiennie zakłócają proces zdrowienia. Alternatywne podejście zakłada podkreślanie zalet zabaw nienacechowanych rywalizacją. Dzieci dobrze się bawią, choć nikt nie wygrywa i co ważniejsze - nie przegrywa. Ważne, by unikać gier, w których zagrożone jest poczucie własnej wartości dziecka, ponieważ jednym z celów programów terapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych jest odbudowa utraconej miłości własnej. Należy także rezygnować z gier, w których niektóre dzieci są wybierane, a inne usuwane z drużyny. Poczucie wykluczenia dodaje jedynie dzieciom stresu przeżytego już wcześniej przy okazji izolacji i odrzucenia przez grupę. Wielu z nas pamięta do dzisiaj strach i upokorzenie przeżywane, gdy zostaliśmy jako ostatni

wybrani do drużyny w grze zespołowej. Opiekunowie mogą sami wcześniej rozdzielić dzieci do zespołów wiedząc o ich równoważących się zdolnościach, albo zorganizować selekcję z wykorzystaniem odliczania. Dzieci mogą odliczyć się samodzielnie lub zgadywać, o jakiej liczbie myślą kapitanowie dwóch drużyn. Trafiają potem do tej, której numer zgadli trafniej.

Ważne, by w grach zespołowych (kickball, koszykówka, siatkówka) minimalizować znaczenie wygranej, podkreślając jednocześnie wagę pracy drużynowej i zabawę z samej gry. Dzieci z rodzin alkoholowych muszą nauczyć się, że w życiu będą zarówno wygrywać, jak i przegrywać; większość z nich jednak wie już doskonale, czym jest porażka. Programy terapeutyczne przede wszystkim mają przekazać dzieciom, że wszystkie są w wygrywającej drużynie. Gry bez elementu rywalizacji pozwolą im zachować beztroskę i poczuć się częścią grupy. Jednocześnie uczą współpracy i nikomu niczego nie zabierają. Dwie znakomite książki-źródła gier nierywalizacyjnych dla dzieci w każdym wieku, to wydane przez New Games Foundation *The New Games Book* oraz *More New Games* (1976, 1981).

Psychodramy

Jedną z najskuteczniejszych technik stosowanych w pracy z młodymi ludźmi jest umożliwienie im odegrania emocji związanych z alkoholizmem. Warto poprosić nastolatków, by pomyśleli o konkretnej sytuacji, w której ojciec lub matka pili, oraz o własnych uczuciach z nią

związanych. Karty z nazwami konkretnych emocji ułatwią im identyfikację tych uczuć, po czym jeden z liderów bądź grupy wybierany jest do odegrania scenki. To podejście cechuje wyjątkowa skuteczność, choć prowadzący zajęcia muszą przygotować się na często towarzyszące psychodramie wybuchy płaczu lub gniewu. Scenka uruchamia proces przepracowywania jej przez grupę. Często wyzwała bowiem emocje obserwatorów z peryferiów grupy, którzy potrzebują szansy na podzielenie się swoimi wrażeniami. Zaleca się dobranie dwóch liderów do małej (maksymalnie dziesięcioosobowej) grupy nastolatków, żeby jeden z nich zawsze miał szansę zareagować na emocjonalne wybuchy.

Inne rodzaje psychodramy - na przykład technika pustego krzesła - także przynoszą efekty. Jeden z członków grupy siedzi naprzeciwko pustego krzesła w otoczeniu wspierających go innych uczestników spotkania. Osoba wewnątrz kręgu udaje, że siedzi przed nią matka lub ojciec alkoholik, z którym prowadzi rozmowę. Prowadzący zajęcia zachęcają nastolatka do wyrażenia słowami lub czynami dotychczas nieujawnianych emocji. „Co chciałbyś/chciałabyś powiedzieć mamie lub tacie, czego nie byłeś w stanie wyrazić wcześniej?”. W trakcie ćwiczenia ujawniane bywają rzeczy, których dziecko nigdy by w rzeczywistości nie powiedziało, czy zrobiło, może na przykład krzyczeć lub uderzyć „rodzica” plastikowym kijem. Po takiej rozmowie cała grupa uczestniczy w jej przepracowywaniu.

Twórcze sposoby ekspresji

Nie ma kompletnego programu terapeutycznego dla dzieci z rodzin alkoholowych bez regularnego wykorzystywania działań twórczych. Większość z programów opracowanych z myślą o dzieciach włącza jakiś rodzaj kreatywnego rozładowywania napięcia do każdej sesji. Cotygodniowe spotkania mogą obejmować przykładowo zajęcia malarskie, modelarskie, muzyczne, literackie czy teatralne, a także tworzenie kukiełek, kolaży lub prace w drewnie. To tylko niektóre z przykładów kreatywnego wyzyskania talentów dzieci i metod komunikacji jednej z dziesięciu głównych tez programów dla dzieci z rodzin alkoholowych omówionych wcześniej. Możliwości są nieograniczone. Prezentacja wspomnianych tez w aktywności artystycznej sprawia, że proces terapeutyczny staje się zabawniejszy, bardziej interesujący, mniej groźny i przede wszystkim dopasowany do wieku dziecka. Działania twórcze pozwalają na uwolnienie długo tłumionych emocji – gniewu, smutku, lęku, wstydu, wściekłości i samotności, a także wyposażają dzieci w poczucie sprawczości i kontroli nad własnym życiem.

Szczególnie efektywnym ćwiczeniem wykorzystywanym w pracy z dziećmi z domów alkoholowych jest skłonienie ich do wyrażenia emocji odczuwanych, gdy rodzic pije. W sali można wyodrębnić przestrzeń na osobne stanowiska (z rekwizytami, kukiełkami, materiałami do pisania, instrumentami itp.), między którymi dzieci mogą swobodnie krążyć i wyrażać pojawiające się akurat uczucia. Młodsze dzieci częściej przyciągają kukiełki i rysowanie, natomiast

starsze dzieci i nastolatki wolą napisać list, piosenkę, sztukę czy wiersz, a także korzystają z psychodramy. Po każdym takim twórczym wybuchu następuje grupowa dyskusja. Dzieci z rodzin alkoholowych dzielą się z grupą wynikami pracy - piosenką, rysunkiem, filmikiem z pacynkami - i wyrażają uczucia towarzyszące picciu rodziców. Dla niektórych z nich taka aktywność może okazać się trudna, ponieważ tłumili i zaprzeczały własnym emocjom już od bardzo dawna. Toteż samoidentyfikacja choćby jednego uczucia stanowi osiągnięcie. Większość dzieci z entuzjazmem i zainteresowaniem przystępuje do ćwiczeń. Lubią mieć w rękę coś konkretnego, co pomoże im ubrać własne odczucia w słowa. Dzieci z rodzin alkoholowych często cierpią na zaburzenia lękowe. Boją się tego, co dzieje się w domu i odczuwają przerażenie oraz strach, że coś okropnego im się przydarzy. Wiele z nich radzi sobie z lękiem budując wokół siebie szczelny mur. Zajęcia kreatywne pomagają im choć na chwilę zapomnieć o ciężkiej codzienności.

Biblioterapia

Literatura może wywrzeć na dzieci i członków rodziny dynamiczny wpływ. Biblioterapia, tj. wykorzystanie książek jako narzędzi terapeutycznych pomagających rodzinie dostosować się do trudnej sytuacji, jest wartościową strategią interwencyjną i przyczynkiem do edukacji w zakresie alkoholu (Brisbane, 1985; Fassler, 1987; Manning, 1987). Jej zaletą jest prezentacja problemów i ich

ewentualnych rozwiązań w niegroźny sposób. Profesjonaliści mogą korzystać na zajęciach z książek dla dzieci opowiadających o tym, jak rodzice piją za dużo i jak się z tym czują oraz radzą sobie bohaterowie. Biblioterapia umożliwia dzieciom alkoholików w zidentyfikowaniu i zrozumieniu uczuć towarzyszących alkoholizmowi w rodzinie. Pomaga także w konfrontacji i rozwiązywaniu wielu problemów zrodzonych przez chorobę. Opowiadania dla dzieci uświadamiają maluchom, że nie są ze swoim bólem i rozpaczą same. Historie dotyczą zwykłych i życiowych wydarzeń, co daje czytelnikom możliwość przymierzenia się pośrednio do różnych scenariuszy, bez potrzeby rzeczywistego doświadczania konsekwencji. Książki stymulują także rozmowy między osobami dorosłymi a dziećmi. Gdy te ostatnie widzą, jak bohaterowie książek doświadczają podobnych problemów i uczuć, zmniejsza się obawa dziecka o własną nietypowość.

Osoby stosujące biblioterapię powinny brać pod uwagę wiek dziecka i poziom jego rozwoju, a także umiejętność czytania i ewentualnie inne czynniki (np. upośledzenia, Pardeck, Pardeck, 1987). Historie zawarte w książkach powinny przedstawiać problem w sposób uczciwy i realistyczny oraz zawierać dokładne informacje zamiast moralizatorskiego tonu i natrętnego dydaktyzmu czy protekcjonalności (Manning, 1987). Efektywna biblioterapia przeprowadza dzieci przez trzy stadia:

A. Identyfikacja z danym bohaterem lub sytuacją.

B. Pośrednie przeżywanie emocji i motywacji bohatera

książkowego.

C. Osiągnięcie zrozumienia, gdy czytelnicy internalizują niektóre z zachowań adaptacyjnych oraz stosują je do własnych problemów z alkoholem (Jalongo, 1983).

Filmy wideo

Kolejnym bezpiecznym podejściem w terapii dzieci z rodzin alkoholowych jest stosowanie filmów i innych technik audiowizualnych. Podobnie jak w przypadku biblioterapii, także widz filmu może zidentyfikować się z ekranowym bohaterem w niegroźnym otoczeniu, czemu dodatkowo sprzyja ciemność panująca w sali. Filmy pomagają dzieciom wyrazić i poradzić sobie z sytuacjami pojawiającymi się na ekranie. Efektywność materiałów audiowideo polega na tym, że wyzwala u dzieci reakcje na doświadczenia przypominające te filmowe, a także inspirują do dyskusji.

Profesjoniści pracujący z dziećmi muszą uważać przy prezentowaniu mocnych filmów trafiających w samą istotę dziecięcych problemów. Treści dotyczące alkoholizmu wzbudzają czasem u dzieci te same, przerażające emocje, jakich doświadczały wcześniej w domu. Podczas terapii grupowej Rodney siedział nieporuszony, słuchając rozmów innych dzieci na temat problemów, których przysparzał im alkoholizm rodziców. Dopiero po pokazie filmu „Soft Is the Heart of the Child” uczucia chłopca wybuchły z wielką siłą i w powodzi słów. Podczas sceny z agresywnym i pijanym ojcem Rodney wyrzucił z siebie: „Nienawidzę, gdy ludzie

piją! Nienawidzę ojca, kiedy się upija! Nie wrócimy do domu, dopóki nie wyzdrowieje!”. Ten przypływ emocji stanowił punkt zwrotny w terapii chłopca.

W trakcie seansu filmowego opiekunowie koniecznie muszą bacznie obserwować dzieci, które mogą zdradzać oznaki niepokoju lub wzbierających emocji. Zwłaszcza młodsze dzieci wymagają szczególnej uwagi podczas oglądania dramatów ukazujących czynny alkoholizm. Maluchy będą często przysuwać się do opiekunów i wdrapywać się im na kolana, pragnąc pocieszenia. Po filmie dzieci zazwyczaj są chętne do dyskusji o tym, co się wydarzyło oraz o własnych podobnych doświadczeniach z przeszłości.

Praca w grupach

Praca grupowa ma nad terapią indywidualną niejedną przewagę i stąd stanowi preferowaną strategię terapeutyczną dla dzieci z rodzin alkoholowych. Dzieci dzięki doświadczeniom w grupie dowiadują się, że nie są same; mogą powiedzieć i usłyszeć rzeczy, które przynoszą pożytek i zapewniają rozwój wszystkim członkom. W trakcie takiej terapii częściej niż w przypadku leczenia indywidualnego dochodzi do zderzenia zasłony milczenia i pokonania mechanizmu zaprzeczania alkoholizmowi. Terapeutyczne spotkania grupowe zapewniają tak potrzebne dzieciom poczucie bezpieczeństwa i opieki w chwilach, gdy uświadamiają sobie one swoje uczucia i ryzykują dzieląc się z innymi zaufanymi osobami (Bingham, Bargar, 1985). Dzięki

wspólnej pracy dzieci doświadczają również zdrowych interakcji z innymi. Wzmacnia się ich zaufanie do siebie w różnego rodzaju sytuacjach społecznych, w których jako dzieci z rodzin alkoholowych nie znalazły się do tej pory jeszcze nigdy. Praca w grupach daje im możliwość zyskania aprobaty otoczenia i buduje poczucie pewności siebie oraz szacunek.

Pozytywne wsparcie ze strony grupy rówieśniczej ułatwia dzieciom wypróbowywanie nowego podejścia do starego problemu. Zachęta i empatia przejawiana przez kolegów i koleżanki zmniejsza dziecięcy opór wobec wprowadzania zdrowych zmian. Często wsparcie nowych znajomych wykracza poza grupę, jeżeli uczestnicy wymieniają się numerami telefonów, zaprzyjaźniają się i kontaktują, gdy pojawiają się problemy (Morehouse, 1986). Autor ten wymienia kolejną szczególną korzyść płynącą z terapii grupowej: konstruktywną, empatyczną konfrontację. Na przykład słowa jednego z członków grupy: „Nie możesz wciąż twierdzić, że dostajesz słabe oceny, bo mama pije. Kilka tygodni temu rozmawialiśmy, że możesz po lekcjach zostawać w szkole i tam się uczyć” mogą skłonić dziecko do refleksji nad odpowiedzialnością za własne postępowanie.

Relatywnie krótki czas trwania większości programów interwencyjnych ogranicza czytelność ich rezultatów. Widoczne efekty terapii mogą być nieznaczne, ale ziarenka ozdrowienia zostały już posiane. Dzieci będą powracać do zdrowia jeszcze długo po opuszczeniu grupy. Jednym

z najważniejszych celów jej funkcjonowania jest udostępnienie dzieciom informacji o zewnętrznych źródłach wsparcia, aby proces zdrowienia mógł przebiegać nadal. Starsze dzieci po terapii grupowej będą przygotowane do uczestnictwa w spotkaniach Alateen - rówieśniczej grupy terapeutycznej, która pomaga dzieciom alkoholików żyć własnym życiem i rozwijać się, chroniąc przed zbyt mocnym skrzywieniem w wyniku bliskiego związku z alkoholikiem w rodzinie. Przystąpienie do Alateen lub zachęta do uczestnictwa w ich zajęciach stanowi często ostatni etap programu terapeutycznego. W niektórych regionach kraju działają również specjalne grupy dla młodszych dzieci - Alatot. Badania potwierdzają, że grupy samopomocy (Alateen, DDA i Al-Anon) w skuteczny sposób pomagają członkom poprawić samoocenę i naprawiać związki, bądź też wspierają w innych obszarach życia, na które wpływ ma alkohol w rodzinie (Cutter, Cutter, 1987).

Porady dla opiekunów i terapeutów

Prócz podstawowych strategii terapeutycznych omówionych w niniejszym rozdziale profesjonaliści pracujący z dziećmi z rodzin alkoholowych powinni także pamiętać o innych kwestiach.

Szerz wiedzę

Przekazuj rodzinom książki i broszury dotyczące alkoholizmu, zwłaszcza jeżeli omawiają wpływ choroby na dzieci. Tam, gdzie to możliwe, korzystne może okazać się

zapoznanie rodziców z rezultatami badań naukowych. Dowiedzą się, jak alkoholizm rodziców ujemnie wpływa na dziecko oraz jak pozytywne efekty przynosi wczesna interwencja terapeutyczna. Inne media (filmy, ulotki i książki) mogą stanowić pożyteczne źródło informacji także dla innych niezaznajomionych z zagadnieniem dorosłych w twoim miejscu pracy, bądź też dla rodziców i dzieci.

Prostym i efektywnym sposobem na dzielenie się wiedzą z rodzinami alkoholowymi jest stworzenie biblioteczki zawierającej skatalogowane biuletyny, czasopisma, broszury i książki. Określony kąt klasy, poczekalni, gabinetu lekarskiego czy świetlicy, a także innych rzadziej wykorzystywanych miejsc może stać się dobrym miejscem na biblioteczkę bez marnowania przestrzeni. Lektura materiałów informacyjnych dostarcza wiedzy, zmienia nastawienie czytelników do alkoholizmu oraz zmniejsza poczucie izolacji.

Traktuj dzieci indywidualnie

Zdecydowanie należy pamiętać, że dzieci z rodzin alkoholowych to grupa zróżnicowana, a poziom i stopień trudności, jakie przeżywa dziecko, jest funkcją różnic indywidualnych. Choć zalecaną strategią terapeutyczną w przypadku dzieci jest praca w grupach, nie trać z oczu wyjątkowości i specyfiki każdego dziecka. Z pewnością będą potrzebowały indywidualnej troski.

Pomóż dzieciom odzyskać równowagę

Celem życia wszystkich ludzi jest osiągnięcie oraz utrzymanie równowagi. Większość dzieci z rodzin alkoholowych jest jej pozbawionych ze względu na zupełnie nieharmonijne dzieciństwo i wychowanie. Dodatkowo do braku równowagi przyczyniają się ewentualne dodatkowe uzależnienia. Jeśli myślimy o dziecku jako o organizmie fizycznym, intelektualnym, społecznym, emocjonalnym i duchowym - funkcjonującym jako harmonijna całość - każdy z powyższych komponentów powinien zostać zrównoważony, aby całość mogła działać optymalnie.

Możesz pomóc dzieciom osiągnąć taki stan. Nauczyciele, doradcy i personel szkolny stoją tu na szczególnie uprzywilejowanej pozycji ze względu na sporą ilość czasu spędzanego codziennie z dzieckiem. Te dzieci, które zbyt wiele czasu poświęcają nauce, można zachęcić do interakcji z innymi. Te natomiast, które cierpią z powodu nieadekwatnego obrazu siebie, mogą poczuć się jak ryba w wodzie w roli przywódcy, co pozwoli im osiągnąć sukces i zaowocuje uznaniem rówieśników. Dziecko, które odnosi dużo sukcesów sportowych, może odnosić je kosztem nauki i potrzebować wskazówek w zakresie bardziej akademickich przedmiotów. Powyższe metody działania nie stanowią rewolucji. Wielu doświadczonych profesjonalistów stosuje je od dawna. Nawet najbardziej utalentowani doradcy łatwo tracą jednak z oczu główny cel w obliczu codziennych kłopotów i zapominają częściowo czy całkowicie o dobrych, podstawowych i nieodzownych nawykach.

Wyposaź dzieci w siłę i moc

Pomóż dzieciom spojrzeć na siebie nie jak na ofiary alkoholizmu, ale - zgodnie z prawdą - jak na szczęśliwie ocalałych i uratowanych dzięki własnym wysiłkom rozbitków. Pozytywne podejście pomaga dzieciom zrozumieć, że wszystko, co im się przydarzyło, składa się na pełen obraz tego, kim są. Dzięki uzyskanej sile dzieci potrafią nadal przekształcać życie na własną korzyść, niezależnie od przeżytej traumy. Powrót do zdrowia to proces wieloetapowy. Możesz pomóc dzieciom zachować cierpliwość, dostrzegając i doceniając małe kroki, jakie stawiają na drodze swojego rozwoju.

MIĘDZYPOKOLENIOWE PRZEKAZYWANIE ALKOHOLIZMU

PRZYPADEK 8.1

Mam na imię Irene. Obaj moi dziadkowie byli uzależnieni od alkoholu.

W domu matki nie brakowało okrucieństwa i konfliktów. Już jako młoda dziewczyna podjęła próbę samobójczą, po czym przez większość życia zmagająca się z groźbą depresji. Sądzę, że znalazła sobie sposób na przetrwanie okropności, jakich dopuszczali się jej rodzice – wyzwiska, brutalne wrzaski – i przybrała rolę miłej, zdystansowanej do wszystkiego osoby. Matka stała się rodzinnym mediatorem. Zawsze była uprzejma i odznaczała się nieprawdopodobną umiejętnością akceptacji w zasadzie wszystkiego.

Ojciec stał się prymusem, który nigdy nie zapomina o wysyłaniu kartek świątecznych; taki po prostu jest. Pracoholik i perfekcjonista, który do wszystkich przykładał tę

samą miarkę. Jeżeli jemu udawało się coś osiągnąć, każdy powinien być w stanie zrobić to samo. W mojej rodzinie słowo „powinien” padało zresztą niezwykle często. Ojciec jako przedstawiciel handlowy przez cały czas – większość mojego dzieciństwa – był w rozjazdach. W domu nie było mowy o marnowaniu czasu. Matka i ojciec nieustannie byli czymś zajęci i zaabsorbowani.

Zdecydowali także, że ja i mój brat doświadczymy innego dzieciństwa niż ich własne. Nie przeżyjemy koszmarów podobnych do dorastania w rodzinie alkoholowej. Gdy dorastałam, nie trzymaliśmy w domu alkoholu; zresztą rodzice rzadko pili. Mama zamiast tego została łagodzącym wszelkie gniewy rozjemcą, a tato rodzinnym bohaterem. Oboje więcej myśleli o innych, niż o sobie, co tylko wzmacniało aktywne zaangażowanie w sprawy lokalnego kościoła. Parafia była częścią naszego życia, miejscem spotkań towarzyskich i wzruszeń duchowych. Zawsze powinniśmy troszczyć się o innych, stawianych na pierwszym miejscu przed własnym ego. Dumę należało czerpać z dobrych uczynków. Fakt, że jestem kobietą, potęgował jeszcze siłę powyższych komunikatów. Moja rodzina była dobrą rodziną; to ludzie wielkiego serca. Rodzice ciężko pracowali, by móc wysłać nas na wakacje. Bardzo starali się stworzyć dla nas świat idealny, jak z serialu.

W domu rzadko dochodziło do otwartych kłótni. Wszyscy starali się robić wszystko, jak trzeba, przewidując potencjalne kłopoty, zanim jeszcze do nich doszło. Punktem wyjścia była chęć uniknięcia konfliktu. Tata nie wpadał nigdy w złość, robił

tylko sarkastyczne uwagi. Bardzo wcześnie nauczyłam się, że złe zachowanie przynosi konsekwencje w postaci oziębienia domowej atmosfery do poziomu wręcz namacalnego chłodu. To było coś strasznego. Wolalabym już raczej dostać lanie; taki chłód był gorszy niż policzek. Zawsze się bałam, że jeśli nie spełnię oczekiwań rodziców, odbiorą mi swoją miłość i porzucą, w sensie emocjonalnym. Usiłowałam zachować jako-taką samoocenę będąc dobrą, zachowując się poprawnie, świetnie, idealnie.

Miałam wrażenie, że czegoś mi brakuje. Zawsze marzyłam o dniu, w którym rodzinie zapanuje większa bliskość. Nigdy nie uważałam rodziców za ludzi, z którymi można porozmawiać lub do których mogłabym się zwrócić w razie kłopotów. Nie czułam się kochana i akceptowana, choć wiem, że rodzice mieli jak najlepsze chęci. Ze względu na praktyczny brak intymności w naszych kontaktach byli ostatnimi ludźmi na świecie, których chciałam wtajemniczać w swoje sprawy. Zamiast tego nacisk w rodzinie kładziono na powiedzenie „Twoje zachowanie świadczy o tobie”. To, co „ludzie powiedzą” stało się prawdziwą miarą postępowania. Kiedy byłam dzieckiem, dostawałam od taty dolara za każdym razem, gdy czytałam „Jak zdobyć przyjaciół i zjednać sobie ludzi” Dale’a Carnegiego. Naprawdę przyswoiłam sobie lekcje zawarte w tej książce. Podkreśla ona znaczenie zadowalania innych, dostrajania się do nich i sprawiania, by czuli się ważni. Teraz rozumiem już, że u fundamentów tego typu manipulacji leży podstawowa potrzeba kontroli tego, co inni

myślą na mój temat. Ich zdanie decyduje o tym, jak sama myślę o sobie. Mam dziś czterdzieści dwa lata i wciąż borykam się z problemem akceptacji innych wobec mojej odmienności. Jak dla mnie reszta świata może się ode mnie różnić – zmagam się jednak z podstawowym pytaniem, czy mogę być tym, kim jestem, jeżeli inni mnie nie lubią.

Nie wiem także aż do teraz, jak radzić sobie z sarkazmem. Reagowałam na chłód i sarkazm ojca wewnętrzną rozsypką oraz pozorną obojętnością, żeby nie zorientował się, jak bardzo mnie zranił. W gruncie rzeczy razem z matką jadłyśmy za dużo, aby poradzić sobie z wciąż wypieranymi emocjami. Objadanie się było też dla mnie formą buntu, gdyż najwyraźniej przeszkadzało ojcu, który zwykł dopytywać ironicznie: „Och, dokładasz sobie ziemniaków?”.

W moim dorosłym życiu bardzo długo nie było żadnych konfliktów. Udawałam, że nie istnieją i z góry dostosowywałam się do potrzeb innych, byle tylko uniknąć starć. Akceptacja i zrozumienie stanowiły metodę radzenia sobie z problemami, podobnie jak bycie „dobrą dziewczynką” i dobrą córką, która zrobi wszystko, co powinna. Jeśli miałam ochotę na chińszczyznę, a ktoś inny na kuchnię meksykańską, bez problemu zmieniałam zdanie. Stałam się klonem własnej matki – idealnym mediatorem. Podstawową wadą bycia wnuczką alkoholików jest to, że nie mogę wskazać żadnej widocznej dysfunkcji w najbliższej rodzinie, która odpowiadałaby za moje niezadowolenie, niedosyt i frustrację. Logicznym dla mnie wnioskiem stało się

stwierdzenie, że to ze mną jest coś nie tak. To moja wina - nie może chodzić o nich. Chryste, moi rodzice są świetnymi, porządnymi, prawymi ludźmi. To ze mną jest coś nie tak, jeśli pragnę intymnych rozmów i pełnych uczucia relacji, oraz skoro czuję się niekochana i nieakceptowana.

Zyskanie wiedzy na temat problemów DDA pomogło mi zaprowadzić porządek we własnych skłębionych uczuciach. Wiem teraz, jak mama i tato stali się tacy, jacy są, a co za tym idzie, dlaczego ja czuję to, co czuję. Wraz ze zrozumieniem pojawiło się u mnie poczucie większego wyboru. Nie muszę zawsze łagodzić wszelkich sporów tylko dlatego, że kiedyś się tego wyuczyłam. Teraz uczę się, że w porządku jest być twardszą, że wolno mi się z kimś nie zgadzać, odczuwać gniew i brak akceptacji wobec czyjegoś zachowania. W dorosłym wieku nauczyłam się, że atmosferę w związku trzeba oczyszczać poprzez konstruktywną rozmowę. Konflikt jest czymś naturalnym, a często nawet bardzo konstruktywnym. Gdybym miała dzieci, największym dla mnie osiągnięciem byłoby stworzenie w domu atmosfery intymności i możliwości prawdziwej rozmowy. Jako matka chciałabym posłuchać o tym, jak dzieciom minął dzień. Chciałabym więcej rozmawiać o tym, co czuję i co czują dzieci.

Irene, 42 lata

Przypadek Irene ilustruje fakt, iż przekazywanie alkoholizmu z pokolenia na pokolenie: od dziadków po wnuki jest kwestią intrygującą i złożoną. Choć jasnym jest, że

alkoholizm wędruje w obrębie rodziny, nie do końca klarowny jest stopień, w jakim przyczyniają się do tego czynniki dziedziczne i środowiskowe. Naukowcy nieprzerwanie próbują rozwiązać problem przenoszenia się choroby alkoholowej. Badania wskazują, że główne role w procesie utrwalania nałogu odgrywają zarówno predyspozycje genetyczne, jak i dynamika rodziny. W latach 80. XX wieku różnorodne badania nad genomem ujawniły ewidentnie, że między organizmami dzieci z rodzin alkoholowych i dzieci z rodzin niealkoholowych występują różnice biologiczne oraz chemiczne. Równie przekonujące są jednak wnioski badaczy, którzy głoszą istnienie cykli międzypokoleniowych i postulują behawioralne (nie zaś jedynie genetyczne) przekazywanie choroby z rodzica na dziecko czy z dziadka na wnuki - ze względu na występowanie wzorców zachowań propagujących i utrwalających alkoholizm.

W 1989 roku aktorka i zdrowiejąca alkoholiczka Margaux Hemingway opowiadała o podążaniu krok w krok za słynnym dziadkiem następująco: „Myślę, że do samobójstwa popchnął go alkohol, a ja wciąż żyję, bo coś ze sobą zrobiłam” (Not the Vintage Margaux, s. 95). Niestety w 1996 roku sama odebrała sobie jednak życie, co dowodzi potęgi wpływu alkoholizmu na więcej niż jedno pokolenie.

Dynamika rodziny

U podstaw metodyki badań przenoszenia się alkoholizmu z pokolenia na pokolenie leży założenie, że choroba zmienia

sposób działania rodzinnego systemu, czyniąc go dysfunkcyjnym. Zaburzenia funkcjonowania rodziny przekazywane są następnym pokoleniom głównie poprzez zdestabilizowaną dynamikę, nawet jeśli niekoniecznie w postaci uzależnienia od alkoholu. Ann Smith, autorka publikacji „Grandchildren of Alcoholics” (1988, s. 3), twierdzi, iż:

Wielu z nas słyszało ludzi wokół zadających jedno pytanie: „Dlaczego identyfikuję się z DA, skoro moi rodzice nie pili?”. Odpowiedź nie leży w rodzinnym uzależnieniu czy jego braku, a raczej w dynamice rodziny współzależnionej, skrycie przekazywanej następnym pokoleniom.

Postępowanie rodziny - zasady, wartości i wzorce zachowań - sprzyja przenoszeniu współzależnienia na młodsze pokolenia nawet wtedy, gdy nałóg przekazywany nie jest. Wskazuje na to przypadek Irene. Jej rodzice otrzymali w spadku współzależnienie. Choć sami nie pili, dysfunkcyjny cykl rodzinny powtórzyli i podali córce przez codzienne zachowania. Nie byli alkoholikami, a jednak zasady „nie mów, nie ufaj i nie czuj” obowiązywały także w czasie dzieciństwa dziewczyny. Rodzice - choć mieli jak najlepsze intencje - sami wyrosli w środowisku stosującym te reguły i w nieumyślny sposób przekazali córce chorobę, odgrywając zamaskowane role rodzinnego bohatera i mediatora. Alkoholizm dziadków zastąpiło uzależnienie od

jedzenia i pracy. U Irene rozwinęły się cechy typowe dla dziecka wychowywanego w domu aktywnych alkoholików. Podstawowa różnica polega jednak na tym, że dzieci z rodzin alkoholowych mogą w wieku dorosłym wskazać na doświadczenie aktywnego alkoholizmu oraz aktywnych rodzinnych dysfunkcji jako na źródło własnych problemów. Natomiast wnuki alkoholików nie mają do dyspozycji takich wskaźników, toteż odczuwają wewnętrzny zamęt.

Irene nie wiedziała o alkoholizmie dziadków; odkryła go przypadkowo już jako osoba dorosła. Wspomina, że „pamięta obrzydliwy zapach burbona i cygar bijący od dziadka, któremu siadała na jego kolanach jako mała dziewczynka. Po dziś dzień nienawidzi tego zapachu”. Prócz kilku wczesnych wspomnień, Irene nie mogła jednak powołać się na nic, co stanowiłoby bezpośrednią przyczynę niezadowolenia, poczucia pustki i frustracji. A przecież objawy pozostały.

Zabija mnie świadomość, że jestem porażką. Och! Zabija mnie myśl, że przyniosłam komuś rozczarowanie. To pokłosie stałego zastanawiania się, co ludzie pomyślą i zrobią, jeśli nie sprostam ich oczekiwaniom. Bardzo boję się też porzucenia.

Irene opowiadała, że kompensowała sobie wcześniejsze trzymanie się zasady „nie ufaj” stając się zbyt ufną.

Nie wiem wciąż do końca, jak ocenić, czy ktoś jest godny zaufania, czy nie. Dopiero, gdy ktoś bardzo poważnie

nadużyje kredytu mojego zaufania, stwierdzam, że nie zasługuje na mój szacunek. Często otwierałam się za bardzo i za wcześnie, przez co cierpiałam i odczuwałam urazę. Obwiniłam się także za brak umiejętności rozróżnienia, komu mogę zawierzyć i w jakim stopniu.

W rodzinie Irene zawsze brakowało poczucia intymności. Po pierwszej sesji terapii grupowej postanowiła wprowadzić w domu przytulanie się i mówienie członkom rodziny „kocham cię”; do dziś zresztą sama musi inicjować powtarzanie tych słów, jeżeli pragnie je usłyszeć.

Rodzaje rodzin

Historię Irene klinicyści kwalifikują jako przypadek dorosłego dziecka z rodziny alkoholowej. Wspólne cechy takiej osobowości wyrastają z podobnych rodzinnych dysfunkcji (patrz tabela 8.1). Syndrom ten związany jest bezpośrednio z brakiem bezpieczeństwa w systemie rodzinnym charakteryzującym się dysfunkcjonalnością. Wyodrębniono cztery rodzaje rodzin alkoholowych, które przekazują chorobę kolejnym pokoleniom (Kritsberg, 1985).

W rodzinie typu 1 alkoholicy piją aktywnie we wszystkich trzech pokoleniach: dziadków, rodziców i dzieci. W typie 2 aktywny alkoholik przestał pić, a czynny alkoholizm został powstrzymany. Bez podjęcia terapii dysfunkcje rodzinne nadal będą jednak przekazywane z pokolenia na pokolenie. Przykładowo, gdy dziadek-alkoholik porzuca nałóg, choroba przy braku leczenia może przejść na generację rodziców oraz

wnuków. W drugim lub trzecim pokoleniu odżyje dysfunkcyjna dynamika systemu rodziny alkoholowej, choćby trunek nigdy nie pojawił się w domu.

Rodziny typu 3 przypominają strukturalnie rodzinę Irene. W takich przypadkach czynny alkoholizm znika z rodziny na co najmniej jedno pokolenie. Dziadek alkoholik nie zostawił nałogu w spadku córce, której mąż także był abstynentem. Ich dzieci natomiast (pokolenie wnuków) znajdują się w grupie wysokiego ryzyka alkoholizmu ze względu na kontynuację dysfunkcyjnej dynamiki rodzinnej oraz stosowanie zasad i wzorców zachowań z przeszłości, z domu aktywnego alkoholika.

W rodzinach typu 4 nie ma historii alkoholizmu, dziadkowie z obu stron są abstynentami. W drugim pokoleniu jednak jedno z dzieci zostaje alkoholikiem, nawet mimo małżeństwa z osobą niepijącą i wywodzącą się z trzeźwej rodziny. Wnuki będą zmuszone borykać się z problemami typowymi dla dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych oraz same należeć będą do grupy wysokiego zagrożenia popadnięciem w dysfunkcyjne uzależnienia.

Analiza czterech powyższych typów przynosi dwa użyteczne wnioski na rzecz przekazywania alkoholizmu w rodzinie. Po pierwsze, nawet w przypadku braku czynnego alkoholizmu w domu mogą przetrwać jego efekty. Po drugie, bez interwencji terapeutycznej system rodziny alkoholowej będzie się regularnie odradzał (Kritsberg, 1985). Przy wystąpieniu w historii rodziny przypadków alkoholizmu dotyczyć jej będą także problemy dorosłych dzieci z rodzin

alkoholowych (DDA).

RAMKA 8.1

Cechy wspólne Dorosłych Dzieci Alkoholików

Dzieci dorastające w poważnie zaburzonych rodzinach, w których rodzice są alkoholikami, charakteryzują się zwykle w wieku dorosłym wspólnymi cechami osobowości. DDA, które zaobserwują u siebie wiele (lub wszystkie) z niżej wymienionych cech, uświadomią sobie, że nie są osamotnione – co może przynieść pewne pocieszenie. Poniższa lista może przydać się w procesie zdrowienia. Osoby, które powtarzają niezdrowe i dysfunkcjonalne zachowania ze względu na dorastanie w rodzinie alkoholików, mogą z czasem także ich zaprzestać dzięki indywidualnemu programowi terapeutycznemu.

Dorośle dzieci z rodzin alkoholowych:

- A) zgadują tylko, co stanowi normy społeczne,
- B) mają trudności z doprowadzeniem rozpoczętych inicjatyw do końca,
- C) kłamią, choć równie łatwo byłoby im powiedzieć prawdę,
- D) bezlitośnie same siebie oceniają,
- E) nie potrafią się cieszyć i bawić,
- F) traktują siebie bardzo poważnie,
- G) mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem intymnych relacji,

- H) za silnie reagują na zmiany, nad którymi nie mają kontroli,
- I) nieustannie poszukują aprobaty i uznania,
- J) czują się odmiennie od innych ludzi,
- K) są zdecydowanie nadmiernie odpowiedzialne lub zupełnie pozbawione poczucia odpowiedzialności,
- L) wykazują krańcową lojalność, nawet wobec dowodów na to, że ktoś na nią nie zasługuje,
- M) poszukują natychmiastowej, nie zaś odroczonej gratyfikacji,
- N) angażują się w działania bez przemyślenia konsekwencji lub rozwiązań alternatywnych,
- O) najpierw dążą do silnych emocji i kłopotów, a potem skarżą się na ich rezultaty,
- P) unikają konfliktów lub pogłębiają je, rzadko jednak rozwiązują,
- Q) obawiają się porzucenia i odrzucenia, same jednak odrzucają innych,
- R) boją się porażki, ale sabotują własne sukcesy,
- S) obawiają się krytyki i oceny - same natomiast krytykują i osądzają innych,
- T) kiepsko organizują sobie czas i nie ustalają priorytetów w skuteczny sposób.

Źródło: Adaptacja Woititz, 1983.

Rytuały rodzinne

Materiał badawczy sugeruje również, że z transferem alkoholizmu łączy się także występowanie w rodzinie

określonych zwyczajów. Porównawcze badania nad rodzinami przenoszącymi (bądź nie) alkoholizm miały na celu ustalenie możliwych przyczyn transferu (Wolin, Bennett, Noonan, Teitelbaum, 1980). Okazało się, że jednym z przyczynków są zaburzone rodzinne rytuały w domach alkoholowych. Święta, uroczystości rodzinne, tradycje i wzorce interakcji między członkami rodziny są jak spoiwo, które nadaje rodzinie jej odrębne znaczenie oraz tożsamość. W przypadku, gdy jedno lub oboje rodziców to alkoholicy, w okresach ostrego picia rodzinne rytuały (wspólne posiłki, urodziny, wakacje, rozdania świadectw, święta) są zarzucane lub zmieniane, a ryzyko przekazania nałogu dzieciom rośnie. Nie reagując na fakt, że pijący rodzice nie uczestniczą w podobnych tradycjach, rodziny przenoszące alkoholizm akceptują odstępstwa od norm. W przeciwieństwie do nich, rodziny, którym udało się alkoholizm zatrzymać, potrafią stanąć do konfrontacji z alkoholiem. Chronią zwyczaje rodzinne, nie dopuszczając do tego, by alkoholizm z nimi kolidował. Jeżeli rytuały pozostaną nietknięte, to nawet w przypadku intensywnego picia uzależnionego rodzica prawdopodobieństwo przeniesienia alkoholizmu na kolejne pokolenie zmniejsza się. Rodziny, które trzymają się razem i tworzą zwarty front, są mniej obciążone ryzykiem transferu choroby.

Drogi rozwojowe dzieci z rodzin alkoholowych

Kolejny popularny pogląd dotyczący przekazywania

alkoholizmu zakłada, że dysfunkcje wywołane uzależnieniem rodziców zakłócają naturalny rozwój osobowości dziecka już od jego narodzin. Specyfika doświadczeń dziecka, jego strategie obliczone na przetrwanie, a także sposób rozumienia i reagowania na rodzicielski alkoholizm zależą od wieku dziecka w chwili, gdy zaczynają się problemy alkoholowe rodzica (Wilson, Orford, 1978). Im wcześniej dziecko zostanie wystawione na alkoholizm rodzica, tym poważniejsze będą konsekwencje uboczne. Nałóg rodzica wpływa na dzieci już w okresie niemowlęcym. Badania potwierdzają, że osoby od niemowlęctwa wychowywane w rodzinach alkoholowych częściej miewają problemy ze społecznym i psychologicznym dostosowaniem w porównaniu z dziećmi, które z problemem alkoholowym rodziców zetknęły się po raz pierwszy w okresie dojrzewania (Morehouse, Scola, 1986; Werner, 1986).

Tabela 8.1. Osiem etapów rozwoju osobowości według Eriksona

Okres rozwojowy	Wiek	Kryzys osobowości
Niemowlęctwo	od narodzin do 1 roku	ufność vs nieufność
Pierwsze kroki	1 do 3 lat	autonomia vs wstyd/zwątpienie
Wczesne dzieciństwo	4 do 5 lat	inicjatywa vs poczucie winy
Późne dzieciństwo	6 do 11 lat	pracowitość vs poczucie niższości
Okres dojrzewania	12 do 18 lat	tożsamość vs niepewność ról
Wczesna dorosłość	19 do 34 lat	intymność vs samotność
Pełna dorosłość	35 do 64 lat	produktywność vs stagnacja

Późna dorosłość	powyżej 65 lat	integracja vs rozpacz
-----------------	----------------	-----------------------

Z perspektywy rozwoju psychospołecznego, każdy człowiek przeżywa te same emocje, alkoholicy, ale i dzieci z rodzin alkoholowych doświadczają ich intensywniej i głębiej. W fazach zwiększonej wrażliwości w dzieciństwie rośnie także podatność dzieci na rozwinięcie dysfunkcyjnych cech obserwowanych później u dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych. Kryzysy osobowości są naturalnym elementem każdego etapu jej rozwoju, natomiast aby zdrowy rozwój trwał, kryzys musi zakończyć się pomyślnym rozwiązaniem (Erikson, 1963, patrz tabela 8.1). Przy braku korzystnego rozwiązania kryzysu na określonym etapie jednostka wprawdzie przechodzi na następny poziom rozwoju, ale nie będzie w stanie pozytywnie rozwiązać kolejnych kryzysów bez zamknięcia etapów poprzednich. Przepracować konflikt osobowości poprzez „powrót” do przeszłości jest już trudniej.

Dzieci z rodzin alkoholowych doświadczają zwielokrotnionych kryzysów na każdym etapie, co znacznie komplikuje ich przezwyciężenie. Aktywny alkoholizm rodzica w którymkolwiek ze wspomnianych okresów podwyższonej wrażliwości może upośledzić korzystne rozwiązanie kryzysu oraz utrudnić przejście na następny etap rozwojowy.

Niemowlęctwo

Dzieci przychodzące na świat w rodzinach aktywnie pijących alkoholików na wiele różnych sposobów podlegają

wpływowi choroby. Jeżeli matka piła w trakcie ciąży, niemowlę może cierpieć na alkoholowy zespół płodowy (FAS), co oznacza trwałe zaburzenia neurologiczne i kognitywne. Prócz warunków prenatalnych, także jakość relacji między dzieckiem a rodzicem wpływa na pozytywne rozwiązanie konfliktu między zaufaniem a nieufnością.

Niemowlęta są uzależnione od swoich opiekunów, którzy powinni konsekwentnie zaspokajać ich potrzeby: karmić, zapewniać bezpieczeństwo, miłość i dotyk. Jeżeli dzieci są karmione wtedy, gdy są głodne, jeśli opiekun z odpowiednią szybkością reaguje na ich płacz, a także jeśli doświadczają miłości i pieczy, i gdy ktoś się z nimi bawi i rozmawia – nabierają poczucia, że świat jest bezpiecznym miejscem, a innym warto zaufać, ponieważ zapewnią należytą opiekę. Natomiast jeżeli potrzeby dzieci nie są zaspokajane w pełnej miłości relacji z dorosłym lub jeżeli brak konsekwencji w ich zaspokajaniu, w niemowlętach będzie wzrastać nieufność wobec świata i otaczających dorosłych. Dzieci ufne w wyniku konsekwentnej opieki nabierają ogólnego przekonania, że osoby ją sprawujące są dostępne i responsywne. U dzieci, którym nie zapewnia się opieki stale i konsekwentnie, narasta niepewność i brak poczucia, że opiekunowie zajmą się nimi w razie potrzeby. W rodzinach aktywnych alkoholików zaufanie dzieci wystawione jest na próbę już od pierwszego dnia życia, ponieważ rodzice są zbyt pochłonięci kwestią alkoholizmu, by w odpowiedni sposób wspierać rozwój dziecka i zapewniać mu pielęgnację. Brak systematyczności, zaniedbania czy przemoc okazywana

dzieciom pojawiają się w wielu domach alkoholowych i wywołują u dzieci przemożne uczucie niepewności i nieufności wraz z lękiem separacyjnym. Dzieci bardzo wcześnie dowiadują się, że na nic nie mogą liczyć. Przekonania z dzieciństwa pogłębiają się przez całe dalsze życie, zmieniając się w problemy, z którymi zmagają się dorosłe dzieci z rodzin alkoholowych: trudności z nawiązaniem relacji intymnych, nietrwałe związki oraz lęk przed porzuceniem. Jeśli nie dojdzie do interwencji terapeutycznej, to taki niepokój oraz kłopoty z zaufaniem innym staną się integralną, nieusuwalną cechą osobowości takiego dziecka. Nieufność dotyczyć będzie zresztą również własnej osoby oraz poglądów i obniży pewność siebie.

Pierwsze kroki

Okres stawiania pierwszych kroków niesie ze sobą konflikt między autonomią a wstydem bądź zwątpieniem. Dzieci uczą się na tym etapie kontrolować własne ciało i do pewnego stopnia otoczenie. Zdobywają umiejętność panowania nad sobą dzięki chodzeniu, ubieraniu się, samodzielnemu jedzeniu czy kontroli odruchów fizjologicznych. Nie muszą już polegać na dorosłych i ich ramionach czy wózku, mogą poruszać się same – wspinać się, popychać i ciągnąć różne przedmioty bez pytania. Nowo nabyte kompetencje kontroli siebie oraz otoczenia pozwalają dziecku rozwijać także autonomię i własną wolę. Wyrażane przez dzieci pragnienia, decyzje czy zdanie odrębne od rodziców często są sprzeczne z życzeniami tych ostatnich.

Niechciana pomoc albo żądania dorosłych spotykają się czasem z negatywną reakcją oraz oporem malucha. Nie do uniknięcia w tym wieku są konflikty związane z podstawowymi rutynowymi czynnościami, tj. jedzeniem, spaniem i korzystaniem z toalety.

Dzieci, u których rozwija się zdrowe poczucie autonomii, mają rodziców wspierających i cierpliwych – zwłaszcza w sytuacjach konfliktowych. Słyszą od rodziców pochwały za samokontrolę i dokonywanie właściwych wyborów. Rozwój pozytywnego postrzegania siebie oraz zdrowego podejścia do kontroli następuje wtedy, gdy dorośli stymulują autonomię dziecka, wyznaczając jednocześnie rozsądne i konsekwentne granice w pełen miłości, choć stanowczy sposób. Dzieci stawiające pierwsze kroki zaczynają się wstydić i wątpić we własne umiejętności, jeżeli ich świeżo odkryta samodzielność podlega ograniczeniu i dyskredytacji, a także niewłaściwemu ukierunkowaniu. Wstyd, niepewność oraz trudności z utrzymaniem kontroli pojawiają się u dzieci z rodzin alkoholowych wtedy, gdy: są świadkami rodziców tracących samokontrolę, gdy rodzice krytykują je i karzą za popełnione błędy i podjęte decyzje, oraz gdy brak im możliwości rozwoju kontroli i podejmowania wyboru. U dzieci z rodzin alkoholowych narasta samozwątlenie w kwestii umiejętności zarządzania własnym życiem czy samodzielności. Surowe żądania ze strony rodziców czy opresyjne domowe zasady bez ani odrobiny swobody prowadzą do współuzależnienia. Dzieci z domów aktywnych alkoholików – gdzie nie ma szans na ćwiczenie autonomii –

już na etapie pierwszych kroków wykazują objawy współzależnienia. Później, jako dorosłym trudno im będzie podejmować decyzje, toteż będą się często wiązać z osobami gotowymi zdecydować za nie. Jeżeli nie podejmą terapii, przeniosą w wiek dorosły negatywne podejście względem autorytetów oraz zagmatwanie wewnętrzne związane z kontrolą. Zbyt intensywnie będą reagowały – gniewem lub przygnębieniem – na sytuacje, w których utracą kontrolę, lub takie, w których przyszłość okaże się nieznana. Wobec osób u władzy będą zaś wykazywały lęk i niechęć.

Wczesne dzieciństwo

Na tym etapie dziecko musi zmierzyć się z konfliktem inicjatywy oraz poczucia winy. Koniecznym jest zinternalizowanie umiejętności rozróżniania dobra i zła, a także zasad życia w społeczeństwie. Rodzice zaczynają wymagać od dzieci w tym wieku więcej: odpowiedzialności za siebie, swoje zwierzątka czy zabawki. Nie wolno bić innych czy dopuszczać się kradzieży; tego typu zasady stają się integralnymi częściami sumienia. Problemy powstają zazwyczaj, gdy wolne duchem i aktywne dzieci muszą zacząć kontrolować swoje zachowanie i podporządkować się zasadom współżycia społecznego. Ten test na wyczucie rzeczywistości staje się podstawową lekcją w procesie dojrzewania, ponieważ dzieci na tym etapie postrzegają świat jako miejsce magiczne i nie potrafią myśleć logicznie. Wyobraźnia, fantazja i bajki stanowią dziecięcą codzienność, nie dziwią zatem trudności w oddzielaniu ich od świata

rzeczywistego. W domach alkoholowych omawiany kryzys wzmacnia się i stanowi podwójny problem, ponieważ dzieci często słyszą, że zaobserwowane sceny wcale się tak naprawdę nie wydarzyły lub nie były aż tak złe, jak im się wydawało. Zacieranie linii między fantazją a rzeczywistością wzmacnia dezorientację dzieci, które w rezultacie często uciekają w świat marzeń. Nadużywanie cudownego mechanizmu dystansowania się pozwala dzieciom przetrwać w skrajnie trudnym środowisku skonfliktowanej rodziny alkoholowej. Ze względu na brak konsekwencji, zasady dobrego i złego zachowania zmieniają się tam codziennie, a dzieci nie wiedzą nigdy, jaka reguła będzie obowiązywać akurat dzisiaj. Mają również kłopot z przewidywaniem, czy w konkretnym kontekście ich działanie zostanie uznane za właściwe, toteż cierpią z powodu poczucia winy za myśli i zachowania, które inni uznają za całkowicie właściwe.

Ten etap rozwoju charakteryzuje spory egocentryzm; dzieci wierzą, że są przyczyną wszystkiego, co im się przytrafia. Czują się winne przekonane, że rodzic pije z ich powodu - być może dlatego, że nie poukładały zabawek, nie dokończyły obiadu itp. W domach alkoholików odpowiedzialność dziecka za zabawki zastąpiona zostaje raczej przez obowiązki dorosłych: przyrządzanie sobie posiłków i szykowanie się do szkoły na czas. W wieku dorosłym dzieci, które nie rozwiązały pozytywnie kryzysu na tym etapie, będą miały trudności z ustaleniem norm. Nadal będą obwiniać się za picie rodzica lub rodziców. Zaczną obciążać się nadmierną odpowiedzialnością za innych,

potępiając się za ich porażki. Poczucie winy będzie je gnębić także w razie podjęcia asertywnych decyzji, będą zatem przedkładać potrzeby innych nad własne i poddawać się kierownictwu otoczenia. Jeżeli nie przejdą z pomyślnym rezultatem omawianego kryzysu osobowości, staną się dorosłymi kontrolującymi się aż do przesady, podporządkowującymi się surowym nakazom sumienia i uciekającymi od poczucia winy przez niezaspokajanie własnych potrzeb. Takie osoby często są nietolerancyjne dla innych ludzi, którzy nie trzymają się własnych sztywnych zasad postępowania równie kurczowo.

Późne dzieciństwo

Dzieci w wieku szkolnym znajdują się na etapie rozwoju osobowości charakteryzowanym przez konflikt pracowitości z poczuciem niższości, przy czym pozytywne rozwiązanie tego kryzysu obejmuje zrodzenie się w dziecku poczucia kompetencji i sprawczości. Porażka natomiast rodzi przekonanie o nieadekwatności. To, czy w dziecku rozwinie się pracowitość, czy poczucie niższości zależy w wysokim stopniu od wsparcia i informacji uzyskiwanych od ważnych w jego życiu dorosłych i rówieśników. Świadomość własnej wartości oraz sumienność pojawiają się, jeśli wysiłki i osiągnięcia dziecka spotykają się z uznaniem i aprobatą innych. Laury w szkole, nowe umiejętności (gra na instrumencie muzycznym), sprawności harcerskie i inne aktywności należą do zestawu dostępnych dla dziecka sukcesów.

Gdy codziennością – jak w wielu rodzinach alkoholowych – stają się porażki i krytyka, dzieci mogą dojść do wniosku, że rezultaty ich pracy nie mają żadnej wartości, a i one same nie odgrywają żadnej roli. Czasami konsekwencją tego bywają niewłaściwie wykształcone nawyki aktywności naukowej i zawodowej oraz brak poczucia własnej wartości. W wieku dorosłym trudność sprawia doprowadzanie projektów do końca, ze względu na skłonność do prokrastynacji. Z drugiej strony spektrum pracowitości, niektóre dzieci z rodzin alkoholowych zatrzymują się na tym etapie już na zawsze. Przez resztę życia będą próbowały udowodniać sobie i innym, że są kompetentne i wiarygodne. Staną się zbyt poważne i ztratą umiejętność swobodnego cieszenia się chwilą. Osiąganie kolejnych sukcesów stanie się przymusem, a widoczne na zewnątrz dokonania źródłem wysokiej samooceny. Dzieci z rodzin alkoholowych zablokowane na tym etapie rozwoju mogą w szkole zostać prymusami, a w życiu zawodowym cenionymi przez szefów pracoholikami; w głębi duszy będzie im jednak towarzyszyć poczucie bezwartościowości, nieszczęścia i braku sprawczości. Stawiając sobie nierealistyczne wymagania oceniają siebie (oraz innych) zbyt surowo, gdy nie uda im się ich spełnić. Żadne osiągnięcie nie będzie w stanie uśmierzyć nękającego ich wrażenia niekompetencji. Jedynym wyjściem z sytuacji okaże się poddanie się profesjonalnej terapii.

Okres dojrzewania

Konfliktem towarzyszącym dojrzewaniu jest starcie

między tożsamością a niepewnością co do odgrywanej w życiu roli. Dziecko walczy w tym okresie o poczucie własnego ja, a także o poglądy życiowe akceptowane zarówno przez nastolatki, jak i całe społeczeństwo. Rozwiązanie tego kryzysu oznacza znalezienie satysfakcjonujących odpowiedzi na wiele pytań, np. Kim jestem?, Dokąd zmierzam?, Co zamierzam zrobić ze swoim życiem? Nastolatki, którym udało się pozytywnie przejść przez ten czas, zyskują odrębną tożsamość i wkraczają w dorosłość wiedząc, kim są i dokąd zmierzają. Potrafią odnaleźć równowagę między własnym ego i oczekiwaniami społecznymi.

Ta równowaga jest nieosiągalna dla dzieci z rodzin alkoholowych, które nie rozwiązały jeszcze konfliktów z poprzednich stadiów dojrzewania. Brak im wewnętrznych zasobów potwierdzenia własnej wartości, toteż stają się zależni od aprobaty otoczenia. Notorycznie dopasowują wyznawane przez siebie wartości do oczekiwań środowiska, bądź zatracają tożsamość całkowicie kopiując zachowania innej osoby. Zaległości z wcześniejszych etapów zakłócają swobodne rozwiązywanie kryzysu tożsamości, co prowadzi do niepewności co do własnej roli, negatywnego postrzegania siebie i zwątpienia w przyszłość.

Dzieci z rodzin alkoholowych jako nastolatki nie są zdolne do adekwatnego rozwoju sprawności społecznych i postaw koniecznych do oddzielenia się od rodziny oraz ustanowienia własnej tożsamości. Niepewnym krokiem wchodzą w dorosłość, zostawiając za sobą często ślad

płytkich związków z ludźmi ze względu na trudności w nawiązywaniu intymnych relacji. Czują również, że nie będą w stanie sprostać wyzwaniom stawianym przez życie, choćby i w rzeczywistości były do tego gotowe. Uważają się za odmieńców, czują się przestraszone oraz niezrozumiane (Gravitz, 1985, s. 15-16).

Poziom niepewności co do roli rośnie jeszcze bardziej, gdy dzieci z rodzin alkoholowych zaczynają nadużywać substancji chemicznych, wchodzą w konflikt z prawem, zdradzać objawy zaburzeń psychicznych lub podejmować próby samobójcze. Wszystko po to, by poradzić sobie z porażką przy rozwiązywaniu osobistych problemów.

Dorosłość

Dopiero gdy dzieci z rodzin alkoholowych osiągną dorosłość, wiele z dysfunkcyjnych problemów z przeszłości zaczyna się wręcz domagać rozwiązania. Zaszłości z całego życia czynią nawiązywanie zdrowych i szczęśliwych relacji ekstremalnie trudnymi. Początek dorosłości charakteryzuje konflikt między intymnością a izolacją. Niezaspokojone potrzeby nawarstwiają się, a cechą wyróżniającą tego okresu staje się nieumiejętność wchodzenia w relacje intymne. Tłumienie emocji za czasów dzieciństwa prowadzi do upośledzenia zdolności identyfikacji i wyrażania uczuć. Młodzi dorośli często opowiadają także o poczuciu odmienności i odizolowania od innych. Rzadko jednak kojarzą to uczucie z alkoholizmem rodziców.

Dorośle dzieci z rodzin alkoholowych przyciągają się,

nieświadomie, ponieważ czują się bardziej swobodnie z osobami, które także wychowywały się w atmosferze współzależnienia czy uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Mylą miłość z litością, są skłonni troszczyć się o osoby współzależnione, nad losem których gotowe są zapłakać i które można uratować. Wykazują wręcz tendencję do wyszukiwania ofiar losu, którym chciałyby pomóc. Słabość jest szczególnie atrakcyjną zaletą, tak w przyjaźni, jak i miłości. W związki małżeńskie i pary przyjacielskie łączą się zazwyczaj z innymi dziećmi alkoholików, osobami uzależnionymi lub pochodzącymi z dysfunkcyjnych rodzin.

Dojrzała dorosłość przynosi ze sobą konflikt między produktywnością a stagnacją. Przy braku leczenia alkoholizm powoli rujnuje całe szczęście i spełnienie wieku średniego. Na tym etapie poczucie samorealizacji wypływa z robienia czegoś dla innych, wychowywania dzieci, przewodzenia w społeczeństwie i ulepszania świata. Nieleczące się dzieci z rodzin alkoholowych nie mogą się jednak wyzwolić z własnego nieszczęścia. Pozostają współzależnione i cierpią z powodu alkoholizmu, choćby same nie używały alkoholu. Często bywa zresztą, że na półmetku życia same są już uzależnione od substancji chemicznych. Dzieciom także nieświadomie przekazują chorobę, przenosząc cykl nałogu na następne pokolenie. Niektóre na szczęście potrafią przełamać wspomniany cykl dzięki terapii.

Dorastanie okazało się dla mnie bardzo trudne. Dopiero

terapia uświadomiła mi, że również jestem uzależniony od alkoholu. Dorastałem z ojcem-alkoholikiem, który bił matkę i znęcał się nad dziećmi. Matka wpadła we własny nałóg chcąc uniknąć szaleństwa; brała leki na receptę, takie jak librium i pochodne amfetaminy. Wiedziałem, że żeby przeżyć to wszystko, muszę uciec, więc jako mały chłopiec zacząłem uciekać we własny świat wyobraźni. Nie mogłem jednak polegać na urojonym świecie będąc już dorosłym, zacząłem więc zamiast tego pić. Alkoholu używałem jako nastolatek, a marihuany po dwudziestce. Mam 43 lata i teraz zaczynam naprawdę żyć. Terapia antyalkoholowa i zyskanie wiedzy na temat DDA otworzyły mi oczy na zupełnie nowy świat. Pierwszy raz stawiam czoło przeszłości na trzeźwo. Dziecięcą dezorientację zastąpiła świadomość i poczucie kierunku, w którym idę w życiu. Znowu postrzegam świat oczyma dziecka - trzeźwymi, pełnymi zachwyty i przejęcia - żyjąc i kochając każdą minutę. Cykl uzależnień w mojej rodzinie kończy się na mnie!

Koniec życia i dojrzała dorosłość przynoszą ze sobą konflikt między integracją i rozpaczą. Osoby, które nadal cierpią z powodu uzależnienia, odczuwają ogromny niedosyt w związku z tym, jak potoczyło się ich życie. Skazane są na rozpacz, gorycz i lęk przed śmiercią. Inni, którzy odnaleźli duchowe uzdrowienie, mają poczucie satysfakcji z życia i szanse na osiągnięcie integracji. Śmierć natomiast postrzegają jako normalne zakończenie adekwatnej

egzystencji.

Predyspozycje genetyczne

Badania genetyczne stanowią bardzo obiecujące źródło informacji o rodzinnych transferach alkoholizmu. Ramka 8.2 prezentuje zbiorcze wyniki badań wskazujące na genetyczne uwarunkowania nałogu. Determinanty biologiczne różnych chorób badano już od wielu lat, dopiero w ostatnim czasie jednak większą uwagę poświęcono związkowi genetyki i alkoholizmu (Talashek, Gerace, Starr, 1994). Pierwszy raz komponent genetyczny uzależnienia pojawił się w literaturze w 1990 roku w publikacji Narodowej Rady ds. Alkoholizmu i Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycyny Uzależnień. Początkowym celem badań genetycznych było ustalenie obecności i stopnia wpływu czynników dziedzicznych na rozwój alkoholizmu, tj. odpowiedź na pytanie, czy predyspozycję do alkoholizmu można odziedziczyć po przodkach. Naukowcy wyodrębnili czynniki dziedziczne od środowiskowych za pomocą klasycznej metody stosowanej w analizie genomu ludzkiego: badając różnice między bliźniętami jedno- i dwujajowymi oraz dziećmi adoptowanymi.

RAMKA 8.2

Rezultaty badań świadczące o genetycznych uwarunkowaniach alkoholizmu

- Częstość występowania alkoholizmu jest wyższa wśród bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych.
- Wśród dzieci adoptowanych zaraz po urodzeniu alkoholizm występuje częściej, jeżeli rodzice biologiczni byli alkoholikami, w porównaniu z dziećmi zdrowych rodziców.
- Adoptowane córki i synów z rodzin alkoholowych charakteryzuje trzy- lub czterokrotnie wyższe ryzyko alkoholizmu, w porównaniu z adoptowanymi dziećmi niealkoholików.
- Dzieci z rodzin alkoholowych cechuje wyższa metaboliczna podatność na alkoholizm niż dzieci z rodzin niealkoholowych.
- Różnice neurologiczne właściwe dzieciom z rodzin alkoholowych (w porównaniu z dziećmi z rodzin niealkoholowych) predysponują je do uzależnienia od alkoholu w wieku dorosłym.

Ostateczny cel badania stanowi identyfikacja specyficznych czynników genetycznych predysponujących określone jednostki do alkoholizmu. Ogół badań nad bliźniętami oraz dziećmi adoptowanymi rozszerza się o eksperymenty próbujące ustalić, czy konkretne czynniki odpowiadają za genetyczny i/lub biochemiczny transfer alkoholizmu w niektórych dzieciach. Rozpoznanie jednostek wysoko skłonnych do alkoholizmu na etapie przedchorobowym umożliwi skierowanie podstawowych działań profilaktycznych w odpowiednią stronę.

Badania nad bliźniętami

W badaniach nad bliźniętami porównywano częstość występowania alkoholizmu wśród dzieci monozygotycznych (bliźniąt jednojajowych) oraz heterozygotycznych (dwujajowych). Dowodu na genetyczne czynniki zaangażowane w przenoszenie alkoholizmu można poszukiwać u bliźniąt jednojajowych, ponieważ jeżeli dzieci wyposażone w ten sam garnitur chromosomalny nie będą używały i nadużywały alkoholu w ten sam sposób, oznaczać to będzie, że środowisko wpływa na kształtujące się wzorce zachowań alkoholowych. Badania nad bliźniętami wskazują rzeczywiście, że podwyższone ryzyko rozwoju choroby alkoholowej jest dziedziczne. Dzieci jednojajowe wykazują większą podatność pod tym względem niż dwujajowe (Crabbe, McSwigan, Belknap, 1985). Stan badań dowodzi jednak także, że alkoholizm nie jest chorobą absolutnie zdeterminowaną przez czynniki genetyczne. U bliźniąt monozygotycznych nie zidentyfikowano mianowicie identycznych wzorców nadużywania alkoholu.

Badania nad dziećmi adoptowanymi

Podobna strategia zmierzająca do wyodrębnienia podatności genetycznej i środowiskowej obejmuje badanie dzieci adoptowanych w bardzo młodym wieku. Serię takich badań przeprowadzono w latach 70. XX wieku, przy czym ich pierwotny cel leżał w ustaleniu, czy rodzeństwo naturalne cechuje większa niż przyrodnie podatność na alkoholizm (Schuckit, Goodwin, Winokur, 1972). Między tak rozdzielonymi grupami nie znaleziono znaczących różnic

w częstości występowania alkoholizmu. Kiedy jednak badacze skoncentrowali się wyłącznie na rodzeństwie przyrodnim z rozbitych rodzin, znaczenie czynników biologicznych okazało się uderzające. Nawet, jeżeli dzieci wychowywano z dala od rodziców biologicznych, dzieci urodzone w rodzinach alkoholowych, a następnie adoptowane częściej zapadały na alkoholizm niż dzieci z rodzin nieuzależnionych.

Na gruncie powyższych podstawowych badań prowadzono liczne kolejne analizy sytuacji dzieci adoptowanych, które potwierdziły wkład czynników genetycznych w rozwój alkoholizmu. Prace z trzech różnych krajów - Danii, Szwecji i Stanów Zjednoczonych - wykazały istnienie podobnych dziedziczonych cech (Bhama, 1978; Bohman, Sigvardsson, Cloninger, 1981; Cadoret, Cain, Grove, 1980; Cloninger, Bohman, Sigvardsson, Knorringer, 1981; Goodwin, 1985; Goodwin, Schulsinger, Hermansen, Guze, Winokur, 1973). Synowie alkoholików cztery razy częściej uzależniali się od picia niż synowie niealkoholików - niezależnie od tego, czy wychowywali ich rodzice biologiczni (uzależnieni) czy adopcyjni (niepijący). Prawdopodobieństwo, że syn alkoholika popadnie w nałóg, było jednakowe dla sytuacji, w której wychowywali go abstynency rodzice adopcyjni oraz takiej, kiedy pozostawał w uzależnionej rodzinie biologicznej. Natomiast wśród chłopców, których rodzice nie byli alkoholikami, ale którzy zostali adoptowani przez alkoholików, prawdopodobieństwo pojawienia się nałogu nie przekraczało średniej. Adoptowane córki, których

biologiczne matki były alkoholiczkami, trzykrotnie częściej uzależniały się od alkoholu niż inne kobiety – nawet jeżeli bardzo wcześnie adoptowali je rodzice niepijący.

Badania fizjologiczne

Zarówno badania nad bliźniętami, jak i dziećmi adoptowanymi podkreślają genetyczne przyczynki do rozwoju alkoholizmu. Nie dysponujemy jednak jeszcze wystarczającą liczbą informacji o tym, co dokładnie podlega dziedziczeniu i powoduje wyższą podatność jednostki na alkoholizm. Może okazać się, że czynniki genetyczne, które determinują rodzaj reakcji danej osoby na alkohol, predysponują ją jednocześnie do uzależnienia. Osoby genetycznie predysponowane dziedziczą być może nadwrażliwość na przyjemne skutki spożycia alkoholu. Z drugiej strony, dostają prawdopodobnie w spadku brak wrażliwości na nieprzyjemne konsekwencje jego nadużycia (Crabbe i in., 1985). Większość badań fizjologicznych dotyczyła osób z grupy wysokiego ryzyka uzależnienia – często dzieci z rodzin alkoholowych, czyli dzieci za małych, by już wykształciła się u nich choroba. Prace dotyczyły różnic we wchłanianiu leków, metabolizmie, aktywności mózgowej i innych mechanizmów biochemicznych jako potencjalnych nośników choroby (Bardo, Risner, 1985).

Badania nad metabolizmem ujawniają, że dzieci z rodzin alkoholowych w wieku od 8 do 13 lat miały niższy poziom cynku w organizmie niż dzieci rodziców niepijących. Taki rezultat sugeruje, iż nawet przed spożyciem alkoholu już

cierpią one na niedobory cynku, tak charakterystyczne dla osób dorosłych uzależnionych od alkoholu (Kern i in., 1981). Brak cynku powiązany został z zaburzeniami funkcji mózdzku, trudnościami w uczeniu się oraz schizofrenią. Niedobór wskazuje na fakt, iż już w wieku szkolnym dzieci mogą być pod względem fizjologicznym „gotowe” na alkoholizm. Potwierdzają to także wyniki badań nad metabolizmem dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych, które także wykazały odchylenia od normy (Schuckit, Rayses, 1979).

Synowie alkoholików charakteryzują się pod wpływem alkoholu niższym poziomem hormonu prolaktyny we krwi, w porównaniu z synami niealkoholików (Schuckit, Gold, Risch, 1987). Potrzeba im więcej alkoholu, by się upić, wykazują również mniejszą niż rówieśnicy zdolność do oceny skutków picia (Schuckit, 1984a, 1984b, 1984c). Uważa się, że prolaktyna może dostarczyć podstawowych informacji na temat rozwoju alkoholizmu, a także funkcjonować jako wczesny sygnał ostrzegawczy w grupie ryzyka popadnięcia w nałóg. Także obecność innych chemicznych składników krwi pozwala na efektywne rozróżnienie dorosłych alkoholików od abstynentów. W przyszłości może posłużyć jako podstawa rozpoznawania dzieci szczególnie zagrożonych alkoholizmem w wieku dorosłym (Tabakoff i in., 1988).

Wyniki kilkunastu prac zasugerowały, że zaburzenia neuropsychologiczne predysponują dzieci do alkoholizmu. Stwierdzono na przykład, że w porównaniu z synami

niealkoholików, chłopcy z rodzin alkoholowych wykazują upośledzenie: samokontroli emocji, zdolności planowania, pamięci, orientacji przestrzenno-ruchowej oraz przetwarzania informacji językowych (Tarter i in., 1984). Naukowcy przypisali obserwowane różnice defektom okolic przedczołowych kory mózgowej oraz zaburzeniom równowagi neuroprzekaźników na poziomie biochemicznym. Badacze zaobserwowali u dzieci z rodzin alkoholowych nieprawidłowości w czynności mózgu (np. zaburzenia napięcia EEG) przypominające te spotykane u dorosłych alkoholików. Zaburzenia takie występowały częściej u synów alkoholików niż niealkoholików (Begleiter, Porjesz, Bihari, 1984; Gabrielli, Mednick, Volavkar, Pollock, Schulsinger, Itil, 1982).

Z pracy Lynn Hennecke (1984) wynika, iż tzw. *stimulus augmenting* (postrzeganie bodźców takich jak ból, światło czy dźwięk intensywniej niż w rzeczywistości) występuje częściej u dzieci ojców-alkoholików. Poczucie nadmiernej intensywności bodźców uważa się za odzwierciedlenie niedoborów biochemicznych mózgu; szeroko występuje wśród alkoholików. Obciążeni nim piją, aby uśmierzyć poczucie przytłoczenia poprzedzające aktywną fazę alkoholizmu. Inne badania przytaczały kolejne przykłady zaburzeń neuropsychologicznych występujących częściej niż przeciętnie u dorosłych z obciążonym wywiadem w kierunku alkoholizmu. Jedno z nich wykazało, że dorośli z rodzin alkoholowych mają większe niż inni trudności z rozwiązywaniem problemów abstrakcyjnych i zadań

przestrzenno-ruchowych (Schaeffer, Parsons, Yohman, 1984). Dla kontrastu inne prace nie potwierdzają słabszych wyników testów kompetencji neuropsychologicznych wśród dzieci z rodzin alkoholowych; w rzeczywistości osiągały one takie same lub wręcz lepsze rezultaty niż dzieci niealkoholików (Workman-Davis, Hesselbrock, 1987).

Dowody wiążące czynniki dziedziczne z alkoholizmem są silne. Niektóre badania wskazują, że rodzice i rodzeństwo alkoholików są obciążeni siedmiokrotnie wyższym ryzykiem popadnięcia w nałóg (Talashek i in., 1994). Nie oznacza to jednak koniecznie, że dzieci te są skazane na zagładę i nieuchronnie wszystkie staną się alkoholikami. Geny nie są jedynym czynnikiem determinującym, czy ktoś poddaje się uzależnieniu. Wiele dzieci z rodzin alkoholowych – w istocie około dwie trzecie – nie miewa nigdy problemów z alkoholem. Nie wszystkie jeszcze części układanki znajdują się na swoich miejscach, ale naukowcy już dziś sugerują, że geny w jakiś sposób wchodzą w kombinacje z otoczeniem i historią życia danej osoby, wytyczając wzorce spożywania i nadużywania alkoholu. Takie podejście zgodne jest z biopsychospołeczną bądź biobehawioralną perspektywą rozważań na temat nadużywania alkoholu, która podkreśla fakt, że do choroby przyczyniają się rozliczne czynniki biologiczne, psychologiczne i środowiskowe (Barrett, 1985; Talashek i in., 1994). Naukowcy odkrywają po kolei, jak różne rodzaje i stopnie alkoholizmu biorą początek z interakcji determinantów genetycznych i czynników środowiskowych. Do tych ostatnich zaliczają się sposoby

funkcjonowania rodziny, normy kulturowe, warunki socjoekonomiczne, dostępność alkoholu, wpływ grup rówieśniczych, a także kwestie moralne i prawne (Cloninger i in., 1981). Nawet dzieci obciążone genetyczną predyspozycją do nałogu mogą prowadzić zdrowe życie wolne od nadużywania substancji chemicznych i uzależnień. Niezależnie od tego, czy choroba alkoholowa przekazywana jest przez geny czy wzorce rodzinne – lub kombinację obu tych czynników – nawet, gdy rodzice piją, dzieci powinny mieć dostęp do pomocy i nadziei, aby wyzwolić się od choroby.

Genogramy

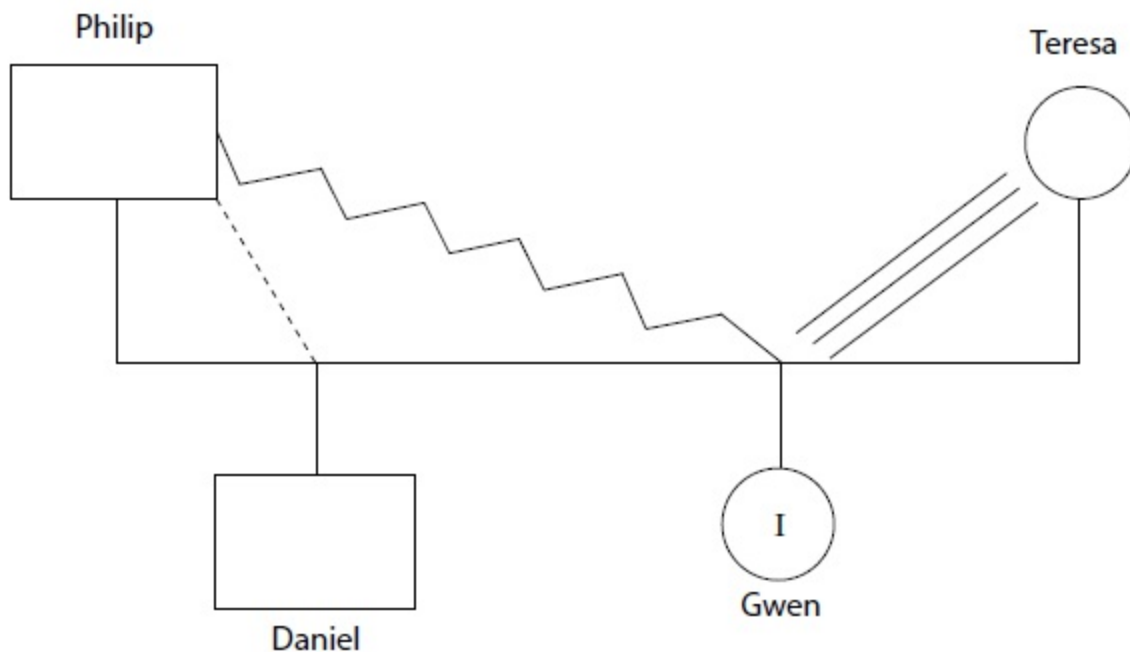
Genogramy mogą okazać się przydatne w pracy z dziećmi starszymi i w wieku dojrzewania. Są to graficzne wykresy, używane do śledzenia wzorców rodzinnych oraz obrazujące ich strukturę i uzyskane o rodzinie informacje (Anderson, Sabatelli, 1993; Davis, 1996; McGoldrick, Gerson, 1985, rysunek 8.1). Ilość informacji, jaką opiekun ma zawrzeć w genogramie, zależy będzie od dostępnych zasobów, w tym wiedzy dzieci o rodzinie i gotowości innych jej członków do dzielenia się refleksjami. Na wykresie odtwarzane są zazwyczaj struktury trzech kolejnych pokoleń. W pracy z genogramami dzieci z rodzin alkoholowych dziecko występuje jako osoba centralna, dla której sporządzana jest całość. Na papier trafiają informacje o dziecku, jego rodzeństwie, pokoleniu rodziców i dziadków. Jądro genogramu buduje się wokół głównego bohatera –

dziecka, które otacza struktura złożona z członków rodziny połączonych liniami. Kreski symbolizują wzajemne zależności biologiczne i prawne członków rodziny. Na przykład małżeństwo połączone będzie linią prostą poziomą, a dzieci z niego pochodzące zastąpią symbole odchodzące od małżeńskiej linii. W genogramie na rysunku 8.1 Phillip i Theresa są małżeństwem, które ma jednego syna (Daniela) i jedną córkę, Gwen. To ona jest postacią centralną genogramu i dla niej powstaje rodzinny wykres. W formie graficznej można przedstawić także dodatkowe dane: daty narodzin i zgonów, ślubów i rozwodów; przyczyny śmierci, występowanie poważnych problemów zdrowotnych, choroby psychiczne i nałogi, a także inne ważne dla rodziny wydarzenia. Zobrazowana na papierze struktura rodzinna pozwoli wykazać międzypokoleniowe występowanie alkoholizmu i inne szczególne cechy rodziny.

Informacje płynące z genogramu dotyczą jednak nie tylko struktury rodziny, lecz także natury międzyludzkich relacji. Różnice między liniami wykorzystuje się, aby przedstawić różne typy rodzinnych zależności. Bliską relację między dzieckiem a rodzicielstwem mogą odzwierciedlać dwie linie równoległe, natomiast luźny związek z rodzicem alkoholikiem - linia kropkowana. Relacja bardzo ścisła zilustrowana jest trzema równoległymi liniami łączącymi dziecko z rodzicem (McGoldrick, Gerson, 1985). W rodzinie zaprezentowanej na rysunku 8.1 rodzicem-alkoholikiem jest ojciec, Phillip. Genogram sugeruje, że Daniel jest emocjonalnie odcięty od ojca (linia między nimi jest urwana).

Gwen utrzymuje relację z Phillipem; jej konfliktowy charakter odzwierciedla schodkowość łączącej ich linii genogramu. Trzy odcinki równoległe między Gwen a Teresą, jej matką, ujawniają, że relacja między nimi jest bardzo bliska, intensywna i być może nawet wręcz syjamska. Ponadto ważne podsystemy rodzinne możemy zaznaczyć na genogramie osobną ramką otaczającą członków danej podgrupy, która wyznacza granicę wewnętrzną. Wśród przykładów podsystemów znajdują się: koalicja dziecka z rodzicem niepijącym przeciwko alkoholikowi, czy sojusz rodzeństwa, dzielącego zainteresowania i sposoby spędzania wolnego czasu w ucieczce od bolesnej rodzinnej dynamiki. Granice zewnętrzne natomiast pozwolą na dołączenie do wykresu innych bliskich osób, które dziecko uważa za nieformalnych członków rodziny (np. zaufana sąsiadka, troskliwy dalszy krewny).

Rysunek 8.1. Genogram



Genogramy konstruować można na różne sposoby. Informacje przedstawione powyżej wprowadzają ich koncept jako przyczynek do udanej pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych. Z jednej strony genogramy posłużą jako narzędzie do zbierania międzypokoleniowych informacji o rodzinie, a z drugiej jako pomoc przy budowaniu relacji między opiekunem a dzieckiem czy też inicjowaniu dyskusji na tematy nurtujące dziecko. Osoby korzystające z genogramów mogą także wykorzystać je, by lepiej zrozumieć dynamikę systemu rodziny alkoholowej. Uzyskane informacje warto spożytkować pomagając dzieciom tak, by potrafiły znaleźć dla siebie w danej rodzinie najlepsze sposoby na przetrwanie.

Nowy początek

U końca książki pragniemy pozostawić czytelników z poczuciem, że temat nie został jeszcze w pełni wyczerpany, to dopiero początek. W całym kraju w siłę wzrastać będą oddolne ruchy łączące dzieci z rodzin alkoholowych. Dzieci – młodsze i starsze – zyskują wiedzę i świadomość na temat własnej przeszłości związanej z chorobą alkoholową. Wkraczają też na debiutanckie ścieżki nowego życia. Dzięki świeżo zdobytej wiedzy gotowe są wręcz świętować; jedno ze zdrowiejących dzieci uznało, że „ma ochotę krzyczeć o sukcesie ze szczytu góry”!

Dzieci z rodzin alkoholowych ocalały z katastrofy. Cechuje je wiele pozytywnych atrybutów, które pomogły im przetrwać mimo ogromnych trudności. Warto świętować takie zwycięstwa. Dzieci z rodzin alkoholowych dorastają nabierając różnorodnych cennych umiejętności, ofiarowując innym pomoc i nadzieję na jaśniejszą przyszłość. Bez dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych sektor pomocy społecznej nie poradziłby sobie. Odkrycie, że jest się dzieckiem alkoholika, jest motywacją do rozwoju oraz poszukiwania spełnienia. To druga szansa na odkrycie siebie oraz ekscytująca życiowa przygoda. Każde dzieciństwo – nawet przerażające i spędzone w rodzinie alkoholowej – jest okazją do przemiany osobistej i duchowej, nadającej życiu wyjątkową jakość. Coraz więcej osób pracujących z dziećmi i młodzieżą uświadamia sobie kompleksowość alkoholizmu i jego potężny wpływ na dzieci. Wraz z tą zmianą wzrasta także szansa na przyczynienie się profesjonalistów do

samorealizacji milionów dzieci z rodzin alkoholowych na całym świecie.

LITERATURA

- Ackerman, R. (1983). *Children of alcoholics: A guidebook for educators, therapists, and parents* (2nd ed.). Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Ackerman, R. (1987). *Same house, different homes: Why adult children of alcoholics are not all the same*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. i Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Anderson, S., Sabatelli, R. (1993). *Family interaction: A multigenerational developmental perspective*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Anthony, E.J. (1978). *A new scientific region to explore*. W: E.J. Anthony, C. Koupernik, C. Chiland (red.), *The child and his family: Vulnerable children* (Vol. 4). New York: John Wiley.
- Aronson, H., Gilbert, A. (1963). *Preadolescent sons of male alcoholics*.

- „Archives of General Psychiatry” 8, s. 47-53.
- Aronson, H., Kyllerman, M., Sable, K.G., Sandin, B. i Olegard, R. (1985). *Children of alcoholic mothers: Developmental, perceptual, and behavioral characteristics as compared to matched controls*. „Acta Paediatrica Scandinavia” 74, s. 27-35.
- Bardo, M., Risner, M. (1985). *Biochemical substrates of alcohol abuse*. W: M. Galizio, S. Maisto (red.), *Determinants of substance abuse*, s. 65-99. New York: Plenum.
- Barnard, C.P., Spontgen, P. A. (1987). *Children of alcoholic*. „Alcoholism Treatment Quarterly” 3, s. 47-65.
- Barrett, R.J. (1985). *Drug-taking behavior*. W: M. Galizio, S. Maisto (red.), *Determinants of substance abuse*, s. 125-175. New York: Plenum.
- Baumrind, D. (1967). *Child care practices anteceding three patterns of pre-school behavior*. „Genetic Psychology Monographs” 75, s. 43-48.
- Begleiter, H., Porjesz, B. i Bihari, B. (1984). *Event related brain potentials in boys at risk for alcoholism*. „Science” 225, s. 1493-1496.
- Bell, B., Cohen, R. (1981). *The Bristol Social Adjustment Guide: Comparison between the offspring of alcoholic and nonalcoholic mothers*. „British Journal of Clinical Psychology” 20, s. 93-95.
- Biek, J. (1981). *Screen test for identifying adolescents adversely affected by a parental drinking problem*. „Journal of Adolescent Health Care” 2, s. 107-113.
- Bingham, A., Bargar, J. (1985). *Children of alcoholic families*. „Journal of Psychosocial Nursing” 23, s. 13-15.
- Black, C. (1979). *Children of alcoholics*. „Alcohol Health and Research

- World" Fall [Jesień], s. 23-27.
- Black, C. (1982). *It will never happen to me!* Denver, CO: MAC Publications.
- Black, C. (1986). *Alcoholism and family violence*. „Alcoholism and Addiction Magazine" January-February [styczeń-luty], s. 46-47.
- Black, C. (1987). *Young and adult children of alcoholics*. Seminarium przeprowadzone 10-11 listopada w Randolph Clinic, Charlotte, NC.
- Black, C, Bucky, S. F. i Wilder-Padilla, S. (1986). *The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic*. „International Journal of Addictions" 21, s. 213-232.
- Bly, R. (1987). *A conversation with Robert Bly on leaving the father's house*. W: Rachel V. (red.), *Family secrets*. New York: Harper & Row.
- Bohman, M. (1978). *Some genetic aspects of alcoholism and criminality: A population of adoptees*. „Archives of General Psychiatry" 35, s. 269-276.
- Bohman, M., Cloninger, R., Von Knorring, A.L. i Sigvardsson, S. (1984). *An adoption study of somatoform disorders*. „Archives of General Psychiatry" 41, s. 872-878.
- Bohman, M., Sigvardsson, D. i Cloninger, R. (1981). *Maternal inheritance of alcohol abuse*. „Archives of General Psychiatry" 38, s. 965-969.
- Booz-Allen & Hamilton, Inc. (1974). *Final report on the needs of and resources for children of alcoholic parents*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Bosma, W. (1972). *Alcoholism and the family: A hidden tragedy*.

- „Maryland State Medical Journal” 21, s. 34-36.
- Bowles, C. (1968). *Children of alcoholic parents*. „American Journal of Nursing” 68, s. 1062-1064.
- Braithwaite, V., Devine, C. (1993). *Life satisfaction and adjustment of children of alcoholics: The effects of parental drinking, family disorganisation and survival roles*. „British Journal of Clinical Psychology” 32, 417-429.
- Brenner, A. (1984). *Helping children cope with stress*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Brisbane, F.L. (1985). *Using contemporary fiction with black children and adolescents in alcoholism treatment*. „Alcoholism Treatment Quarterly” 2, s. 179-197.
- Butler, K. (1997). *The anatomy of resilience*. „Family Therapy Networker” 21(2), s. 22-31.
- Cadoret, A.J., Cain, C.A. i Grove, W.M. (1980). *Development of alcoholism in adoptees raised apart from alcoholic biologic relatives*. „Archives of General Psychiatry” 37, s. 561-563.
- Cadoret, R.J., Troughton, E. i O’Gorman, T.W. (1987). *Genetic and environmental factors in alcohol abuse and antisocial personality*. „Journal of Studies on Alcohol” 48, s. 1-8.
- Callan, V.J., Jackson, D. (1986). *Children of alcoholic fathers and recovered alcoholic fathers: Personal and family functioning*. „Journal of Studies on Alcohol” 47, s. 180-182.
- Chafetz, M.E., Blane, H.T. i Hill, M.J. (1971). *Children of alcoholics: Observations in a child guidance clinic*. „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 32, s. 687-698.
- Chandy, J., Harris, L., Blum, R. i Resnick, M. (1993). *Children of alcohol misusers and school performance outcomes*. „Children and Youth

- Services Review" 15, s. 507-519.
- Chase, N. (1997). *The parentified child: Theory, research and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clair, D., Genest, M. (1987). *Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers*. „Journal of Studies on Alcohol" 48, s. 345-355.
- Cloninger, R., Bohman, M., Sigvardsson, S. i Knorrning, A. (1981). *Inheritance of alcohol abuse*. „Archives of General Psychiatry" 38, s. 861-868.
- Cloninger, R., Bohman, M., Sigvardsson, S. i Knorrning, A. (1984). W: M. Galanter (red.), *Recent developments in alcoholism* (Vol. 3, s. 37-51). New York: Plenum.
- Compas, B. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence*. „Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development", s. 211-237.
- Connors, G., Tarbox, A. (1985). *Macroenvironmental factors as determinants of substance use and abuse*. W: M. Galizio, S. Maisto (red.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*, s. 283-314. New York: Plenum.
- Cork, M. (1969). *The forgotten child*. Ontario: General Publishing.
- Crabbe, J., McSwigan, J. i Belknap, J. (1985). *The role of genetics in substance abuse*. W: M. Galizio, S. Maisto (red.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*, s. 13-64. New York: Plenum.
- Cutter, C.G., Cutter, H.S. (1987). *Experience and change in Al-Anon family groups: Adult children of alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol" 48, s. 29-32.
- Davis, K. (1996). *Families: A handbook of concepts and techniques for*

- the helping professional*. New York: Brooks Cole.
- Deutsch, C. (1982). *Broken bottles, broken dreams: Understanding and helping the children of alcoholics*. New York: Teachers College Press.
- DiCicco, L., Davis, R. i Orenstein, A. (1984). *Identifying the children of alcoholic parents from survey responses*. „Journal of Alcohol and Drug Education” 30, s. 1-17.
- Donovan, B.E. (1981). *A collegiate group for the sons and daughters of alcoholics*. „Journal of the American College Health Association” 30, s. 83-86.
- El-Guebaly, N., Offord, D.R. (1977). *The offspring of alcoholics: A critical review*. „American Journal of Psychiatry” 134, s. 357-365.
- Elkind, D. (1981). *The hurried child*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Famularo, R., Stone, K., Barnum, R. i Wharton, R. (1986). *Alcoholism and severe child maltreatment*. „American Journal of Orthopsychiatry” 56, s. 481-485.
- Fassler, D.G. (1987). *Children’s books about alcoholism*. „Childhood Education” 66, s. 188-194.
- Fine, E.W., Yudin, L.W., Holmes, J. i Heinemann, S. (1976). *Behavioral disorders in children with parental alcoholism*. „New York Academy of Sciences Annals” 273, s. 507-517.
- Flake-Hobson, C., Robinson, B.E. i Skeen, P. (1983). *Child development and relationships*. New York: Random House.
- Gabrielli, W., Mednick, S., Volavka, J., Pollock, V., Schulsinger, F. i Itil, T. (1982). *Electroencephalogram in children of alcoholic fathers*. „Psychophysiology” 19, s. 404-407.

- Gacic, B. (1986). *An ecosystemic approach to alcoholism: Theory and practice*. „Contemporary Family Therapy” 8, s. 264-278.
- Goodman, R. W. (1987). *Adult children of alcoholics*. „Journal of Counseling and Development” 66, s. 162-163.
- Goodwin, D. W. (1985). *Alcoholism and genetics: The sins of the fathers*. „Archives of General Psychiatry” 42, s. 171-174.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S. B. i Winokur, G. (1973). *Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents*. „Archives of General Psychiatry” 28, s. 238-242.
- Gravitz, H. (1985). *Children of alcoholics handbook: Who are they, what they experience, how they recover*. South Laguna, CA: The National Association for Children of Alcoholics.
- Haberman, P. W. (1966). *Childhood symptoms in children of alcoholics and comparison group parents*. „Journal of Marriage and Family” 28, s. 152-154.
- Hafen, B. Q., Frandsen, K. J. (1986). *Youth suicide: Depression and loneliness*. Evergreen, CO: Cordillera.
- Hammond, M. (1985). *Children of alcoholics in play therapy*. Pompano Beach, FL: Health Publications.
- Hegedus, A. M., Alterman, A. I. i Tarter, R. E. (1984). *Learning achievement in sons of alcoholics*. „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 8, s. 330-333.
- Hennecke, L. (1984). *Stimulus augmenting and field dependence in children of alcoholic fathers*. „Journal of Studies on Alcohol” 45, s. 486-492.
- Holzman, I. R. (1983). *Fetal alcohol syndrome (FAS): A review*. W: M. Frank (red.), *Children of exceptional parents*, s. 13-19. New York:

Haworth.

- Isaacson, E. (1991). *Chemical addiction: Individuals and family systems*.
W: *Chemical dependency: Theoretical approaches and strategies*.
New York: Haworth.
- Jalongo, M. R. (1983). *Bibliotherapy: Literature to promote socioemotional growth*. „The Reading Teacher” 36, s. 796-803.
- Jones, J. W. (1983). *The children of alcoholics screening test and test manual*. Chicago, IL: Camelot Unlimited.
- Kammeier, M. L. (1971). *Adolescents from families with and without alcohol problems*. „Quarterly Journal of Studies on Alcohol” 32, s. 364-372.
- Kearney, T., Taylor, C. (1969). *Emotionally disturbed adolescents with alcoholic parents*. „Acta Paedopsychiatrica” 36, s. 215-221.
- Keltner, N. L., McIntyre, C.W. i Gee, R. (1986). *Birth order effects in second-generation alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol” 47, s. 495-497.
- Kern, J. C., Hassett, C. A. i Collipp, P. J. (1981). *Children of alcoholics: Locus of control, mental age, and zinc level*. „Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation” 3, s. 169-173.
- Knight, S. (1993). *Identifying and labeling school-aged children of alcoholics: Insights voiced by academic attainers who are daughters of alcoholics*. „Journal of Health Education” 24, s. 196-204.
- Knop, J., Teasdale, T. W., Schulsinger, F. i Goodwin, D. W. (1985). *A prospective study of young men at high risk for alcoholism: School behavior and achievement*. „Journal of Studies on Alcohol” 46, s. 273-278.
- Krauthamer, C. (1979). *Maternal attitudes of alcoholic and nonalcoholic*

- upper middle class women*. „International Journal of Addictions” 14, s. 639-644.
- Kritsberg, W. (1984). *Chronic shock and emotional numbness in adult children of alcoholics*. „Focus on Family” November/December [listopad/grudzień], s. 24-25, 40.
- Kritsberg, W. (1985). *The adult children of alcoholics syndrome: From discovery to recovery*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Kroll, P. D., Stock, D. F. i James, M. E. (1985). *The behavior of adult alcoholic men abused as children*. „Journal of Nervous and Mental Disease” 173, s. 689-693.
- Lamorey, S., Robinson, B., Rowland, B. i Coleman, M. (w druku). *Latchkey kids: Unlocking doors for children and their families* (2nd ed.). Lexington, MA: Lexington Books.
- Lerner, R. (1986). *Codependency: The swirl of energy surrounded by confusion*. W: R. J. Ackerman (red.), *Growing in the shadow: Children of alcoholics*, s. 113-121. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Levin, J. D. (1995). *Introduction to alcoholism counseling: A bio-psycho-social approach*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- MacDonald, D.I., Blume, S.B. (1986). *Children of alcoholics*. „American Journal of Diseases of Children” 140, s. 750-754.
- Maisto, S., Galizio, M. i Carey, K. (1985). *Individual differences in substance abuse*. W: M. Galizio, S. Maisto (red.), *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*. New York: Plenum.
- Maisto, S., Galizio, M. i Connors, G. (1991). *Drug use and misuse*. Orlando, FL: Holt, Rinehart & Winston.

- Manning, D. T. (1987). *Books as therapy for children of alcoholics*. „Child Welfare” 66, s. 35-43.
- Marcus, A. M. (1986). *Academic achievement in elementary school children of alcoholic mothers*. „Journal of Clinical Psychology” 42, s. 372-376.
- Matthews, K. A., Angulo, J. (1980). *Measurement of the Type A behavior pattern in children: Assessment of children’s competitiveness, impatience, anger and aggression*. „Child Development” 51, s. 466-475.
- McElligatt, K. (1986). *Identifying and treating children of alcoholic parents*. „Social Work in Education” 9, s. 55-70.
- McGoldrick, M., Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. New York: Norton.
- McKenna, T., Pickens, R. (1981). *Alcoholic children of alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol” 42, s. 1021-1029.
- McKenna, T., Pickens, R. (1983). *Personality characteristics of alcoholic children of alcoholics*. „Journal of Studies on Alcoholism” 44, s. 688-700.
- McKenry, P. C., Tischler, C. L. (1987). *Le rapport entre l’usage de drogues et le suicide chez les adolescents*. „Medecine et Hygiene” 45, s. 2127-2132.
- McKenry, P. C., Tischler, C. L. i Kelley, C. (1983). *The role of drugs in adolescent suicide attempts*. „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1(3), s. 166-175.
- McLachlan, J. F. C., Walderman, R. L. i Thomas, S. (1973). *A study of teenagers with alcoholic parents (Research Monograph No. 3)*. Toronto: Donwood Institute.
- Meddin, B. J., Rosen, A. L. (1986). *Child abuse and neglect: Prevention*

- and reporting. „Young Children” 41, s. 26-30.*
- Merikangas, K. A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Pauls, D. L. i Leckman, J. F. (1985). *Depressives with secondary alcoholism: Psychiatric disorders in offspring. „Journal of Studies on Alcohol” 46, s. 199-204.*
- Miller, D., Jang, M. (1977). *Children of alcoholics: A twenty-year longitudinal study. „Social Work Research and Abstracts” 13, s. 23-29.*
- Moe, J., Pohlman, D. (1988). *Kids’ power: Healing games for children of alcoholics.* Redwood City, CA: Whipple & Alameda.
- Moos, R.H., Billings, A. G. (1982). *Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. „Addictive Behaviors” 7, s. 155-163.*
- Morehouse, E. R. (1986). *Counseling adolescent children of alcoholics in groups.* W: R. J. Ackerman (red.), *Growing in the shadow.* Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Morehouse, E. R., Scola, C. M. (1986). *Children of alcoholics: Meeting the needs of the young COA in the school setting.* South Laguna, CA: National Association for Children of Alcoholics.
- National Council on Alcoholism, The American Medical Society on Addiction Medicine. (1990). *Editorial: The disease of alcoholism. VIII. Is alcoholism really a disease? „Medical/Scientific Advisory” 5(4), s. 7.*
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1981). *Fourth special report to the U.S. Congress on alcohol and health from the Secretary of Health and Human Services* (pod red. J. R. DeLuki). Washington, DC: Superintendent of Documents, Government Printing Office.

- New Games Foundation. (1976). *The new games book*. New York: Headlands Press.
- New Games Foundation. (1981). *More new games*. New York: Doplhin, Doubleday.
- Newlon, B. J., Furrow, W. V. (1986). *Using the classroom to identify children from alcoholic homes*. „The School Counselor” 33, s. 286-291.
- Not the vintage Margaux*. (1988, February 8). „People Magazine”, s. 95-105.
- O’Gorman, P. A., Oliver-Diaz, P. (1987). *Breaking the cycle of addiction: A parent’s guide to raising healthy kids*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Pardeck, J. T., Pardeck, J. A. (1987). *Using bibliotherapy to help children cope with the changing family*. „Social Work in Education” 9, s. 107-116.
- Parten, M. B. (1932). *Social participation among preschool children*. „Journal of Abnormal Psychology” 27, s. 243-269.
- Pelham, W., Lang, A. (1993). *Parental alcohol consumption and deviant child behavior: laboratory studies of reciprocal effects*. „Clinical Psychology Review” 13, s. 763-784.
- Pilat, J. M., Jones, J. W. (1985). *Identification of children of alcoholics - Two empirical studies*. „Alcohol and Research World” 9, s. 27-33.
- Poley, W., Lea, G. i Vibe, G. (1979). *Alcoholism: A treatment manual*. New York: Gardner.
- Post, P., Robinson, B. E. (1998). *A comparison of school-aged children of alcoholic and non-alcoholic parents on anxiety, self-esteem, and locus of control*. „The School Counselor”.
- Prewett, M. J., Spence, R. i Chaknis, M. (1981). *Attribution of causality*

- by children with alcoholic parents.* „International Journal of the Addictions” 16, s. 367-370.
- Priest, K. (1985). *Adolescents' response to parents' alcoholism.* „Social Casework: Journal of Contemporary Social Work” 66, s. 533-539.
- Raikkonen, K., Keltikangas-Jarvinen, L. (1992). *Mothers with hostile, Type A predisposing child-rearing practices.* „Journal of Genetic Psychology” 153(3), s. 343-354.
- Ray, O., Ksir, C. (1996). *Drugs, society, and human behavior.* St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Regan, J. M., Connors, G. J., O'Farrell, T. J., i Wyatt, C. J. (1983). *Services for the families of alcoholics: A survey of treatment agencies in Massachusetts.* „Journal of Studies on Alcohol” 44, s. 1072-1075.
- Rimmer, J. (1982). *The children of alcoholics: An exploratory study.* „Children and Youth Services Review” 4, s. 365-373.
- Roberts, K., Brent, E. (1982). *Physician utilization and illness patterns in families of alcoholics.* „Journal of Studies on Alcohol” 43, s. 119-128.
- Robins, L. N., West, P. A., Ratcliff, K. S. i Herjanic, B. M. (1977, maj). *Father's alcoholism and children's outcomes.* Referat wygłoszony podczas konferencji Annual Medical Scientific Meeting of the National Alcoholism Forum w San Diego, w Kalifornii.
- Robinson, B. E. (1988). *Self-esteem and anxiety level among adult children of alcoholics.* Nieopublikowana praca, University of North Carolina w Charlotte.
- Robinson, B. (1996). *Type A children: Empirical findings and counseling implications.* „Elementary School Guidance and Counseling” 31, s. 34-42.

- Robinson, B. (w druku). *The workaholic family: A clinical perspective*. „American Journal of Family Therapy”.
- Rubin, L. (1996). *The transcendent child: Tales of triumph over the past*. New York: Basic Books.
- Schaeffer, K. W., Parsons, O. A. i Yohman, J. R. (1984). *Neuropsychological differences between male familial and nonfamilial alcoholics and nonalcoholics*. „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 8, s. 347-351.
- Schall, J. (1986). *Alcoholism: When a parent drinks, a child struggles*. „Instructor” 95, s. 54-57.
- Schuckit, M. A. (1984a). *Behavioral effects of alcohol in sons of alcoholics*. W: M. Galanter (red.), *Recent developments in alcoholism* (Vol. 3, s. 11-19). New York: Plenum.
- Schuckit, M. A. (1984b). *Relationship between the course of primary alcoholism in men and family history*. „Journal of Studies on Alcohol” 45, s. 334-338.
- Schuckit, M. A. (1984c). *Subjective responses to alcohol in sons of alcoholics and control subjects*. „Archives of General Psychiatry” 41, s. 879-884.
- Schuckit, M. A., Gold, E. i Risch, C. (1987). *Serum prolactin levels in sons of alcoholics and control subjects*. „American Journal of Psychiatry” 144, s. 854-859.
- Schuckit, M. A., Goodwin, D. A. i Winokur, G. (1972). *A study of alcoholism in half siblings*. „American Journal of Psychiatry” 128, s. 122-126.
- Schuckit, M. A., Rayses. V. (1979). *Ethanol ingestion: Differences in blood acataldehyde concentrations in relatives of alcoholics and controls*. „Science” 203, s. 54-55.

- Schulsinger, F., Knop, J., Goodwin, D. W., Teasdale, T. W. i Mikkeisen, U. (1986). *A prospective study of young men at high risk for alcoholism*. „Archives of General Psychiatry” 43, s. 755-760.
- Seilhamer, R., Jacob, T. i Dunn, N. (1993). *The impact of alcohol consumption on parent-child relationships in families of alcoholics*. „Journal of Studies on Alcohol” 54(2), s. 189-198.
- Sgroi, S. (1982). *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Shaywitz, S., Cohen, D. i Shaywitz, B. (1980). *Behavior and learning difficulties in children of normal intelligence born to alcoholic mothers*. „Journal of Pediatrics” 96, s. 978-982.
- Sher, K., Walitzer, K., Wood, P. i Brent, E. (1991). *Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology*. „Journal of Abnormal Psychology” 100, s. 427-448.
- Skeen, P., McKenry, P. (1980). *The teacher’s role in facilitating a child’s adjustment to divorce*. „Young Children” 35, s. 3-12.
- Slavenas, R. (1988). *The role and responsibility of teachers and child care workers in identifying and reporting child abuse and neglect*. „Early Child Development and Care” 31, s. 19-25.
- Smith, A. (1988). *Grandchildren of alcoholics*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Somers, S. (1988). *Keeping secrets*. New York: Warner Books.
- Steinberg, L. (1986). *Latchkey children and susceptibility to peer pressure: An ecological analysis*. „Developmental Psychology” 22, s. 433-439.
- Steinhausen, H. C., Gobel, D. i Nestler, V. (1984). *Psychopathology in the offspring of alcoholic parents*. „Journal of the American

- Academy of Child Psychiatry" 23, s. 465-471.
- Steinhausen, H. C., Nestler, V. i Huth, H. (1982). *Psychopathology and mental functions in the offspring of alcoholic and epileptic mothers*. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry" 21, s. 268-273.
- Steinhausen, H. C., Willms, J i Spohr, H.-L. (1993). *Long-term psychopathological and cognitive outcomes of children with fetal alcohol syndrome*. „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry" 32, s. 990-994.
- Tabakoff, B., Hoffman, P. L., Lee, J. M., Saito, T., Willard, B. i DeLeon-Jones, J. (1988). *Differences in platelet enzyme activity between alcoholics and nonalcoholics*. „New England Journal of Medicine" 318, 134-139.
- Talashek, M., Gerace, L. i Starr, K. (1994). *The substance abuse pandemic: Determinants to guide interventions*. „Public Health Nursing" 11(2), s. 131-139.
- Tarter, R. E., Hegedus, A. M., Goldstein, G., Shelly, C. i Alterman, A. I. (1984). *Adolescent sons of alcoholics: Neuropsychological and personality characteristics*. „Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 8, 216-222.
- Thomas, A., Chess, S. (1980). *The dynamics of psychological development*. New York: Brunner/Mazel.
- Tischler, C. L., McKenry, P. C. (1982). *Parental negative self and adolescent suicide attempts*. „Journal of the American Academy of Child Psychiatry" 21, s. 404-408.
- Tubman, J. G. (1993). *A pilot study of school-age children of men with moderate to severe alcohol dependence: Maternal distress and child outcomes*. „Journal of Child Psychology and Psychiatry"

34(5), s. 729-741.

- Udayakumar, G. S., Mohan, A., Shariff, I. A., Sekar, K. i Eswari, C. (1984). *Children of the alcoholic parent*. „Child Psychiatry Quarterly” 17, s. 9-14.
- Use of alcohol linked to rise in fetal illness* (1995, April 7). „New York Times”, s. A27.
- Venugopal, M. (1985). *Emotional problems of the children of alcoholic fathers*. „Child Psychiatry Quarterly” 18, s. 114-117.
- Visintainer, P. F., Matthews, K. A. (1987). *Stability of overt type A behaviors in children: Results from a two- and five-year longitudinal study*. „Child Development” 58, s. 1586-1591.
- Watkins, C. (1988, March 2). *Reaching adolescent COAs through student assistant programs*. Referat wygłoszony podczas konferencji The National Association of Children of Alcoholics Annual Conference w Nowym Orleanie, LA.
- Weatherford, V. (1988, March 1). *ACAs' transgenerational patterns*. Referat wygłoszony podczas konferencji The National Association of Children of Alcoholics Annual Conference w Nowym Orleanie, LA.
- Wegscheider, S. (1976). *The family trap*. Crystal, MN: Nurturing Networks.
- Weinraub, M., Lewis, M. (1977). *The determinants of children's responses to separation*. „Monographs of the Society for Research in Child Development” 42(4, numer w serii: 172).
- Werner, E. E. (1986). *Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age eighteen*. „Journal of Studies on Alcohol” 47, s. 34-40.
- Werner, E., Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children*

- from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- West, M. W., Prinz, R. J. (1987). *Parental alcoholism and childhood psychopathology*. „Psychological Bulletin” 102, s. 204-218.
- Whitchurch, G., Constantine, L. (1993). *Systems theory*. W: P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa, W. Schuman, S. Steinmetz (red.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach*, s. 325-349. New York: Plenum.
- Whitfield, C. L. (1980). *Children of alcoholics: Treatment issues*. „Maryland State Medical Journal” 29, s. 86-91.
- Wilson, C., Orford, J. (1978). *Children of alcoholics: Report of a preliminary study and comments on the literature*. „Journal of Studies on Alcohol” 39, s. 121-142.
- Woititz, J. (1983). *Adult children of alcoholics*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Wolin, S. J., Bennett, L. A., Noonan, D. L. i Teitelbaum, M. A. (1980). *Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism*. „Journal of Studies on Alcohol” 41, s. 199-214.
- Wolin, S., Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Random House.
- Wood, B. (1982). *The COA therapist: When the family hero turns pro*. ERIC.
- Wood, B. (1987). *Children of alcoholics: The struggle for self and intimacy in adult life*. New York: New York University Press.
- Woodside, M. (1986). *Children of alcoholics: Breaking the cycle*. „Journal of School Health” 56, s. 448-449.
- Workman-Davis, K. L., Hesselbrock, V. M. (1987). *Childhood problem behavior and neuropsychological functioning in persons at risk for*

alcoholism. „Journal of Studies on Alcohol” 48, s. 187-192.

Yamasaki, K. (1990). *Parental child-rearing attitudes associated with Type A behaviors in children*. „Psychological Reports” 67, s. 235-239.

NOTY O AUTORACH

Dr Bryan E. ROBINSON jest profesorem w Zakładzie Rozwoju Dziecięcego i Rodzinnego na Uniwersytecie Karoliny Północnej w Charlotte, USA. Jego praktyka kliniczna obejmuje opiekę nad dziećmi z rodzin alkoholowych. Dr Robinson jest autorem wielu publikacji w czasopismach naukowych oraz popularnonaukowych. Jako autor lub współautor odpowiadał także za szereg książek związanych z tematyką wpływu alkoholizmu i pracoholizmu na dzieci i ich rodziny. We współpracy z ogólnokrajowymi stacjami telewizyjnymi tworzył scenariusze programów dotyczących rozwoju dzieci oraz występował w roli eksperta w programach radiowych i telewizyjnych, omawiając dziecięce potrzeby.

Dr J. Lyn RHODEN pełni rolę profesora wizytującego w Zakładzie Poradnictwa, Pedagogiki Specjalnej oraz Rozwoju Dziecięcego na Uniwersytecie Karoliny Północnej w Charlotte, USA. Tytuł magistra pedagogiki specjalnej uzyskała na tej samej uczelni, a tytuł doktora w zakresie rozwoju dziecięcego i nauk o rodzinie na Uniwersytecie Karoliny Północnej w Greensboro. Jej zainteresowania naukowe oraz publikacje skupiają się na rozwoju dziecięcym i rodzinnym w kontekście zmieniającej się rzeczywistości, tj. konfiguracji rodzinnych oraz przemian kulturowych dotyczących płci, rasy i klasy społecznej.