

UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE
INSTYTUT PEDAGOGIKI

mgr Anna Mączyńska

FUNKCJONOWANIE DZIECI ALKOHOLIKÓW
W ŚRODOWISKU SZKOLNYM.
STUDIUM SOCJOPEDAGOGICZNE.

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Anny Fidelus, prof. ucz.

Warszawa 2025

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	5
WSTĘP.....	7
ROZDZIAŁ I.....	23
RYS SOCJOLOGICZNY I PEDAGOGICZNY CHOROBY ALKOHOLOWEJ	23
1.1. Próba zdefiniowania choroby alkoholowej	23
1.2. Natura choroby alkoholowej	45
1.3. Alkoholizm jako problem społeczny	58
ROZDZIAŁ II	66
ZJAWISKO KOALKOHOLIZMU – PRÓBA OPISU	66
2.1. Sytuacja rodzin z problemem alkoholowym	66
2.2. Współzależnienie, a funkcjonowanie rodziny	75
2.3. Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym.....	87
ROZDZIAŁ III.....	100
CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ WIEKU DZIECIĘCEGO WYNIKAJĄCA Z PROBLEMÓW DORASTANIA W RODZINIE ALKOHOLOWEJ	100
3.1. Zaburzenia w rozwoju fizycznym i emocjonalnym dzieci.....	100
3.2. Zaburzenia w rozwoju społecznym dzieci z rodzin alkoholowych.....	118
3.3. Syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika, a kształtowanie dojrzałości społecznej	131
ROZDZIAŁ IV.....	157
ZAŁOŻENIA BADAWCZE	157
4.1. Teoretyczne podstawy badań własnych	157
4.2. Przedmiot, cel i problemy badawcze.....	158
4.3. Metody i techniki badań	160
4.4. Charakterystyka badanej grupy	166
4.5. Organizacja i przebieg badań	167
ROZDZIAŁ V.	182
FUNKCJONOWANIE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH.....	182
5.1. Poczucie własnej wartości a funkcjonowanie dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły	182
5.2. Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły.....	207

5.3. Rola środowiska szkolnego w procesie wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych ...	219
ROZDZIAŁ VI.....	229
AUTORSKI PROGRAM POMOCY DZIECIOM Z RODZIN ALKOHOLOWYCH W POKONYWANIU TRUDNOŚCI W ŚRODOWISKU SZKOLNYM – „SCHODAMI W DOROSŁOŚĆ”	229
6.1. Założenia teoretyczne programu	229
6.2. Zasady tworzenia programu	232
6.3. Cele i adresaci programu	234
6.4. Formy i metody pracy wykorzystywane w programie	235
6.5. Przykłady realizacji programu.....	246
ZAKOŃCZENIE.....	257
BIBLIOGRAFIA.....	265
Spis rysunków.....	291
Spis tabel	292

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie w języku angielskim	Rozwinięcie w języku polskim
ADD	<i>Attention Deficit Disorder</i>	Zespół zaburzeń uwagi
ADHD	<i>Attention deficit hyperactivity disorder</i>	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej
AICR	<i>American Institute for Cancer Research</i>	-
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>	Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze Spożywaniem Alkoholu
AZA	<i>Alcohol Withdrawal Syndrome</i>	Alkoholowy zespół abstynencyjny
DDA	-	Dorośle Dzieci Alkoholików
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	Kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (opublikowana 18 maja 2013 r.)
FAS	<i>Fetal alcohol syndrome</i>	Alkoholowy zespół płodowy
GABA	<i>Gamma-aminobutric acid</i>	Kwas gamma-aminomasłowy
HFA	<i>High-functioning alcoholics</i>	Alkoholicy wysokofunkcjonujący
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10
KKK	-	Katechizm Kościoła Katolickiego
NESARC	<i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions</i>	-
ODD	-	Zaburzenie opozycyjno-buntownicze
OUN	<i>Central Nervous System</i>	Ośrodkowy układ nerwowy
PARPA	-	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>	Zespół stresu pourazowego, zaburzenie stresowe pourazowe
SPP	-	Test Skali Picia Problemowego

USA	<i>United States of America</i>	Stany Zjednoczone Ameryki
WCRF	<i>World Cancer Research Fund</i>	-
WHO	<i>World Health Organization</i>	Światowa Organizacja Zdrowia
ZUA	<i>AUD - Alcohol Use Disorder</i>	Zaburzenie Używania Alkoholu

WSTĘP

Dzieci alkoholików należą do jednej z większych populacji ryzyka wystąpienia różnorodnych problemów rozwojowych ze względu na problemy psychiczne, doświadczane przynajmniej przez jednego z rodziców. We współczesnych nurtach badań nad alkoholizmem nadmierne używanie alkoholu traktuje się, jako przewlekłe zaburzenie psychiczne jednostki, charakteryzujące się trwałymi, negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, problemami psychicznymi oraz wysoce nieadaptacyjnymi wzorcami funkcjonowania społecznego.

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych, alkoholizm rodzica wpływa na rozwój dzieci w dwóch głównych obszarach ich funkcjonowania: po pierwsze, zwiększa ich podatność genetyczną i neurofizjologiczną na powstawanie różnorodnych objawów psychopatologicznych, w tym alkoholizmu, po drugie, naraża dzieci na przewlekły, negatywny stres życiowy.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na dwa rodzaje niebezpiecznego picia. Jest to picie szkodliwe (problemowe) oraz picie chorobowe (uzależnienie od alkoholu). Picie szkodliwe to sposób picia, który prowadzi do negatywnych zdarzeń życiowych, będących bezpośrednim skutkiem spożywania alkoholu. W funkcjonowaniu osoby pijącej pojawiają się negatywne konsekwencje dotyczące problemów zdrowotnych (urazy fizyczne, choroby wątroby, zaburzenia funkcjonowania CUN), prawnych (aresztowanie za jazdę pod wpływem alkoholu), zawodowych (utrata pracy, załamanie kariery, trudności finansowe) oraz społecznych (fizyczna i słowna agresja, problemy małżeńskie, utrata ważnych znajomości i relacji).

Inaczej traktowany jest termin „uzależnienie od alkoholu”, który odnosi się do koncepcji nałogu alkoholowego, jako choroby. Cechą charakterystyczną alkoholizmu, jako przewlekłego zaburzenia psychicznego, jest trwały i nieodwracalny symptom utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, co powoduje, że alkoholik staje się bezradny wobec nałogu. Nawet niewielka dawka alkoholu prowadzi do utraty kontroli. Alkoholik nie ma już powrotu do picia kontrolowanego, może tylko powstrzymać się od alkoholu (Cierplikowska, 2010).

Jak podaje Sher (1991), oba rodzaje nadmiernego picia: picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu można traktować jako konstrukt dymensjonalny, zależny od intensywności spożywania alkoholu, a rozpatrywany na kontinuum: od absencji do ostrego picia.

Co szczególnie istotne, w diagnozowaniu problemów z alkoholem brakuje kryterium

ilości spożywanego alkoholu. Współczesne kryteria diagnostyczne częściej opierają się na konsekwencjach nadmiernego picia dla życia jednostki niż na ilości spożywanego alkoholu czy częstotliwości picia. Należy jednak zauważyć, że chociaż rozróżnienie między pićem szkodliwym, a pićem nałogowym jest ważne z empirycznego i klinicznego punktu widzenia, to większość literatury dotyczącej dzieci alkoholików pomija to zagadnienie. W związku z tym, co prawda termin „alkoholizm” w wielu wypadkach jest restrykcyjnie zarezerwowany dla osób uzależnionych, w praktyce terminy „alkoholik” i „dzieci alkoholików” są traktowane szeroko i odnoszą się do obu rodzajów nadmiernego picia.

Rodzice alkoholicy to nie jest grupa jednorodna, ponieważ różnią się sposobem picia, mechanizmem jego powstawania i przyczynami sięgania po alkohol. Pozostałe parametry, które uwzględnia się podczas badań nad wpływem alkoholizmu rodzica na rozwój potomstwa, to: występowanie innych (poza alkoholizmem) zaburzeń, wzorzec picia alkoholika, poziom asocjalności, nasilenie uzależnienia, czy cechy osobowości rodzica (Babor i in., 1994).

Przy takiej różnorodności obrazu alkoholizmu i współistniejących z nim zaburzeń psychicznych dużą trudność sprawia badaczom ustalenie, które cechy funkcjonowania dzieci alkoholików można uznać za skutek alkoholizmu rodziców, a które należy przypisać innym okolicznościom. Oprócz wymienionych wcześniej czynników, bezpośrednio związanych z alkoholizmem rodzica, istotne znaczenie mają również cechy rodzicielskie, inne niż uzależnienie, które w sposób istotny determinują rozwój i funkcjonowanie potomstwa (Sher, 2000).

Najbardziej znaczącym wnioskiem, który znaleźć można w literaturze na temat dzieci alkoholików jest stwierdzenie, że właściwie niemożliwe jest znalezienie względnie homogenicznej klasy alkoholików i ich współmałżonków, które pozwoliłby na wyraźne sprecyzowanie, które konkretnie czynniki w sposób bezpośredni wynikają z alkoholizmu rodzica. Przyjmuje się, zatem, że aby wyprowadzić jakiegokolwiek uogólnienia na temat dzieci alkoholików, należy wziąć pod uwagę szeroką gamę czynników biologicznych i psychospołecznych, wywierających wpływ na dzieci alkoholików (Sher, 2000).

Perspektywa koncentrująca się na rozpoznaniu ścieżek rozwojowych i funkcjonowania dzieci z grup ryzyka, w sposób szczególny znajduje się w centrum zainteresowania badaczy zagadnień z obszaru problemów alkoholowych. W dużej mierze jest to spowodowane rozpowszechnieniem w społeczeństwie zarówno alkoholizmu, jak i problemów z nim związanych. Wiele czynników wpływa na to, czy i w jaki sposób dzieci alkoholików są narażone na negatywne efekty rozwojowe.

Chociaż istnieje silny genetyczny aspekt ich podatności na alkoholizm, również inne zmienne o charakterze psychospołecznym, odgrywają istotną rolę w tym procesie. Zmienne te przyczyniają się do nasilenia ryzyka, ale mogą też mieć działanie ochronne i wzmacniać proces pozytywnej adaptacji. Warto, bowiem pamiętać, że wiele dzieci alkoholików rozwija się prawidłowo i nie ujawnia żadnych objawów psychopatologicznych.

Współcześnie wiadomo, że zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe, oddziaływające na dzieci alkoholików w cyklu życia wchodzi we wzajemne interakcje i prowadzą do zróżnicowanych rezultatów. W literaturze podkreśla się połączony wpływ tych zmiennych, ujawniających się na różnych poziomach analizy oraz dynamiczne probabilistyczne związki między nimi. Efekty rozwojowe występujące u dzieci alkoholików zależą od wielu pojawiających się, wzajemnie na siebie oddziaływających czynników, które mogą być odmienne w różnym czasie i u różnych osób.

Co niezwykle istotne, ważną rolę w procesie rozwojowym dzieci alkoholików odgrywają czynniki przejściowe, bezpośrednio związane z cyklem życia i czasem występowania, co wpływa na to, że w badaniach empirycznych i wypływających z nich działaniach pomocowych należy uwzględnić komponent rozwojowy.

Badania ostatnich lat ujawniły szereg biopsychospołecznych czynników wiążących się z występowaniem alkoholizmu w rodzinie, które mogą odgrywać istotną rolę w realizacji przez potomstwo zadań rozwojowych. Analizie poddaje się sposób, w jaki powyższe czynniki, wchodząc w reakcję z ogólnozyciowymi czynnikami stresującymi, wywierają wpływ na przebieg rozwoju dzieci alkoholików.

Większość osób zajmujących się problematyką dzieci alkoholików, zarówno z kręgów klinicznych, jak i naukowych, jest zgodna, że alkoholizm ma przebieg rodzinny, a dzieci alkoholików są bardziej narażone na uaktywnianie się mechanizmów eksternalizacji i internalizacji problemów. Coraz częściej podkreśla się jednak, że manifestacja problemów rozwojowych nie jest nieuchronnie związana ze statusem dziecka alkoholika.

Zwiększone ryzyko pojawienia się trudności u dzieci rodziców z problemami alkoholowymi jest widoczne już od pierwszych tygodni życia. Ryzyko to jest związane z jednej strony z biologiczną podatnością dzieci alkoholików na różnorodne problemy, z drugiej – dotyczy emocjonalno-społecznych aspektów ich funkcjonowania. W odniesieniu do dzieci uzależnionych rodziców istnieje silny, genetyczny aspekt ich podatności, ale też inne zmienne, o charakterze psychospołecznym, odgrywają istotną rolę w procesie rozwoju.

W okresie wczesnego dzieciństwa rozwój dziecka jest wyznaczony dojrzewaniem układu

nerwowego oraz oczekiwaniami społecznymi, dotyczącymi przede wszystkim umiejętności samoregulacji i kontroli oraz kształtowania umiejętności społecznych niezbędnych do nawiązywania prawidłowych relacji międzyludzkich. Dziecko rozwija się bardzo intensywnie, zarówno w sferze motorycznej (siadanie, chodzenie), poznawczej (rozwój zmysłów, myślenia, ciekawość świata, kształtowanie się świadomości własnej odrębności), emocjonalnej (samokontrola, regulacja emocji), jak i społecznej (przywiązanie, rozumienie stanów innych, relacje interpersonalne). W tym okresie budują się także podwaliny osobowości dziecka (Czub, 2009).

W charakterystyczny dla siebie sposób jednostki kształtują własne emocje, reakcje na stres, umiejętność rozwiązywania problemów, zdolności komunikacyjne oraz sposoby radzenia sobie w relacjach z innymi. W okresie poprzedzającym rozpoczęcie nauki szkolnej dochodzi do stopniowego dojrzewania i poszerzania obszarów funkcjonowania. Pojawiają się, wynikające z modelu psychopatologii rozwojowej, liczne dynamiczne powiązania pomiędzy wrodzoną podatnością na zaburzenia a stresującymi doświadczeniami życiowymi. Wypełnianie zadań rozwojowych powoduje kształtowanie się wielu odmiennych jakościowo ścieżek rozwojowych (Czub, 2009), na których problemy alkoholowe rodziców mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowego rozwoju.

Rozwój w okresie wczesnego dzieciństwa jest w dużej mierze zdeterminowany czynnikami konstytucjonalnymi. Biologiczna podatność dzieci alkoholików w pierwszym okresie życia wynika przede wszystkim z narażenia na intoksykację alkoholową w okresie płodowym. Spożywanie alkoholu w czasie ciąży zawsze zagraża prawidłowemu rozwojowi dziecka. Natężenie ujawnianych objawów zależy od ilości spożywanego alkoholu oraz okresu ciąży, w którym picie było najbardziej intensywne. Dodatkowo, znaczenie mają takie czynniki jak wiek, dieta i ogólny stan zdrowia matki oraz poziom opieki lekarskiej w czasie ciąży (Cierpiałkowska, 2010).

Najpoważniejsze skutki działania alkoholu na płód to całościowe zaburzenia rozwoju, występujące pod postacią płodowego zespołu alkoholowego. Charakterystyczne dla tego zespołu objawy ujawniają się we wszystkich sferach funkcjonowania dziecka (Jadczak-Szumiło, 2008). W obszarze somatycznym dotyczą specyficznej budowy twarzy, zwłaszcza charakterystyczny dla tego zespołu brak rynienki między nosem a górną wargą, płaska twarz i opadające powieki. Uszkodzony też bywa słuch i wzrok dziecka. FAS jest najistotniejszym skutkiem alkoholizmu matki, ponieważ ilość spożywanego alkoholu jest wprost proporcjonalna do jego wpływu. Charakteryzuje triadą objawów, w tym anomaliami twarzy, zaburzeniami neurologicznymi i niedoborem wzrostu (Ulleland i in., 1970; Steinhausen,

1995). Anomalie twarzy FAS obejmują szpary powiekowe, cienką górną wargę, płaską środkową część twarzy i rynienkę podnosową (Flaherty, 2005).

W sferze poznawczej FAS ujawnia się w postaci trudności intelektualnych (deficyty uwagi, osłabienie pamięci i myślenia) oraz zaburzeń integracji sensoryczno-motorycznej (trudności w przetwarzaniu bodźców, niedowrażliwość lub nadmierna wrażliwość niektórych zmysłów). Dzieci z syndromem FAS doświadczają również trudności emocjonalnych. Mają kłopoty z motywacją oraz z trudem realizują wymagania otoczenia. Podatność na zaburzenia, wynikająca z płodowej intoksykacji alkoholowej, nie przemija wraz z dojrzewaniem. Objawy w mniejszym lub większym nasileniu utrzymują się przez całe życie, a ich obecność wpływa na poziom przystosowania i efekty rozwojowe w okresach późniejszych (Krakowiak, 2015).

Biologiczne czynniki ryzyka w okresie wczesnego dzieciństwa dotyczą także uwarunkowań temperamentalnych. Temperament odnosi się do indywidualnych różnic reagowania na wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, które pojawiają się we wczesnym okresie życia, a które odgrywają rolę w bieżącej regulacji aktywności oraz modułują emocje, uwagę i zachowanie jednostki. Temperament jest cechą stosunkowo stabilną w czasie, może jednak ulegać zmianom pod wpływem czynników biologicznych, dojrzewania czy doświadczeń społecznych (Gorman i in. 2001; Kochańska i in., 2004; Saudino, 2005).

Uważa się, że temperament odgrywa znaczącą rolę w rozwoju psychopatologii u dzieci i młodzieży. Szczególną uwagę zwraca się na takie zaburzenia jak ADHD, depresja czy problemy lękowe (Leve i in., 2005).

Charakterystyka dzieci alkoholików z punktu widzenia ich temperamentu stała się jednym z centralnych obszarów empirycznych, głównie w badaniach nad adolescentami. Jest to przede wszystkim związane z doniesieniami Cloningera (1987) o istotnej roli temperamentu w kształtowaniu się problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Tym niemniej w okresie wczesnego dzieciństwa te biologiczne uwarunkowania również odgrywają znaczącą rolę w budowaniu podatności lub odporności psychicznej dzieci alkoholików. Szczególnie podkreśla się rolę temperamentu, jako wskaźnika właściwego dopasowania czynników podmiotowych do wymagań otoczenia. Wskazuje się przy tym wzajemne, dwukierunkowe relacje między osobowością jednostki, a jej środowiskiem w tym znaczeniu, że dziecko swoją indywidualnością kształtuje otoczenie, a otoczenie wpływa na rozwój jego osobowości (Lemer, Busch-Rossnagel, 1981; Windle i in., 1986).

Istnieje, empirycznie uzasadnione przekonanie, że dzieci z tzw. „trudnym” temperamentem są mniej dostosowane do wymagań otoczenia, a tym samym są bardziej

narażone na wystąpienie problemów w zachowaniu, a w okresie późniejszym - objawów psychopatologicznych (Perez-Edgar i in., 2008).

Zauważa się, że „łatwy” temperament może modyfikować związki między nasilonym poziomem ryzyka a uzyskiwanymi efektami rozwojowymi, (Tschann i in., 1996; Kim-Cohen i in., 2004). Interakcja między temperamentem, a psychospołecznym kontekstem rozwoju ma szczególne znaczenie w przypadku dzieci dorastających w warunkach podwyższonego stresu lub ryzyka, jak w rodzinach z problemem alkoholowym. Dzieje się tak, ponieważ istnieją wzajemne powiązania między alkoholizmem rodziców a temperamentem małych dzieci.

Udokumentowano empirycznie, że picie alkoholu w czasie ciąży jest związane z występowaniem u dziecka trudnego temperamentu (Johnson i Rosen, 1990; Nulman i in., 2004), co z kolei przyczynia się do gorszego funkcjonowania niemowlęcia aktualnie i w przyszłości (Lester i in., 2009). Istnieje zdecydowanie mniej badań potwierdzających wzajemne interakcje między łatwym temperamentem niemowląt z rodzin alkoholowych, a uzyskiwanymi efektami rozwojowymi. Dotychczasowe potwierdzenia empiryczne są pośrednie, dotyczą głównie dzieci rodziców uzależnionych od narkotyków i wskazują na ochronną rolę łatwego temperamentu u dzieci z grup ryzyka (Derauf i in., 2011).

Kolejny obszar rozwoju w okresie wczesnego dzieciństwa podatny na dynamiczne wpływy ryzyka i zasobów to społeczno-emocjonalny aspekt funkcjonowania dzieci alkoholików. Głównym zadaniem wczesnych lat życia jest tworzenie wewnętrznych modeli przywiązania, czyli poznawczo-afektywnych struktur psychicznych, determinujących rozwój dziecka. Wewnętrzne modele przywiązania tworzą się na bazie doświadczeń dziecka w relacjach z matką (Ainsworth i in., 1978; Bowlby 1988). Główną rolę odgrywa, zatem jej stan psychiczny i zaangażowanie.

Jeśli w rodzinie alkoholowej pije matka, wpływa to istotnie na sposób pełnienia ról rodzinnych oraz jej aktywność i stabilność w reakcji na ujawniane potrzeby dziecka. Jeśli pije ojciec, wpływa to zarówno na stan psychiczny matki, jak i na jakość relacji małżeńskich oraz atmosferę w rodzinie. Wyniki wielu badań wskazują, że alkoholizm ojców jest w sposób pośredni związany z kształtowaniem się u niemowląt relacji opartych na poza bezpiecznym przywiązaniu (Eiden i Leonard, 1996).

Zakłócenia rozwoju bazującego na pewności przywiązania następują na skutek wzajemnych oddziaływań uzależnienia ojca od alkoholu, depresji matki oraz zaburzeń relacji wewnątrzrodzinnych. Matki mające partnerów alkoholików zazwyczaj wykazują niski poziom werbalizacji w kontaktach z niemowłędem i słabą, jakością opieki, co

w sposób istotny przyczynia się do rozwoju przywiązania o charakterze unikowym lub zdezorganizowanym (Eiden i in., 1999).

Związek między zaburzeniami depresyjnymi matki, a wykształceniem się poza bezpiecznego przywiązania jest modyfikowany przez wrażliwość matki i jej poczucie iluzorycznej kontroli (Cicchetti i in., 1998). Co więcej, alkoholizm partnera jest w znaczącym stopniu związany z niższą satysfakcją z macierzyństwa, a to zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów zaburzenia więzi i przywiązania.

Można, zatem założyć, że wśród dzieci alkoholików istnieje duże prawdopodobieństwo ukształtowania się poza bezpiecznych modeli przywiązania, czyli takich struktur, które w znaczący sposób utrudniają aktualne i przyszłe funkcjonowanie dziecka. Potwierdzają to wyniki badań empirycznych, przeprowadzonych zarówno na dzieciach alkoholików (Eiden i in., 2004; Cierpiąkowska i Ziarko, 2006), jak i na dorosłych, wychowywanych w dzieciństwie w rodzinach alkoholowych (Collins, 1996).

Dzieci w pierwszych latach życia nie mają jeszcze ustalonej indywidualnej ścieżki rozwoju ze względu na dużą zależność od osób dorosłych. W literaturze istnieje powszechne przekonanie, że w studiach nad adaptacją małych dzieci (obojętnie, zaburzoną czy prawidłową), jakość opieki rodzicielskiej stanowi integralną część oceny ich przystosowania (Sameroff, Emde, 1989; Seifer, 2003). W znacznym stopniu komplikuje to badania nad odpornością psychiczną małych dzieci z rodzin alkoholowych, trudno, bowiem ustalić, co ma być przedmiotem badań: dziecko, opiekun czy ich wzajemna relacja.

Inna trudność wynika ze słabego rozwoju wielu funkcji małego dziecka; słabo wykształcone zdolności komunikacyjne, poznawcze i emocjonalne oraz relacje społeczne, przebiegające głównie w kontekście rodzinnym znacznie utrudniają ukształtowanie umiejętności i funkcji odpowiedzialnych za rozwój odporności psychicznej. Również krótki okresu życia małego dziecka powoduje, że nie zdążą się wykształcić mechanizmy odpowiedzialne za odporność psychiczną (np. bezpieczne relacje z innym niż rodzic dorosłym mogą się formować przez długie lata).

Z kolei okres szkolny to czas przemian związanych przede wszystkim z rozwojem poznawczym i społecznym. Dziecko, rozpoczynając formalną edukację, konfrontuje się z wymaganiami otoczenia w zakresie nabywania sprawności szkolnych, rozwijania zdolności pracy w zespole oraz kształtowania samooceny. W tym czasie formuje się osobowość dziecka oraz podstawowe umiejętności zapewniające prawidłową regulację stosunków z otoczeniem: radzenie sobie ze stresem, umiejętność rozwiązywania problemów, kontrola emocjonalna oraz odpowiedzialność za naukę. Jest to okres

szczególnie ważny, bowiem dochodzi w nim do powstania i utrwalenia głównego systemu adaptacji do warunków i wyzwań życiowych (Czub, 2009).

Rodzaje negatywnych wpływów działających na dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym w fazie średniego dzieciństwa są stosunkowo słabo rozpoznane. Studiując literaturę, można jednak uznać, że alkoholizm rodzica wpływa negatywnie zarówno na rozwój poznawczy, jaki emocjonalno-społeczny dziecka.

W okresie średniego dzieciństwa (7.-12. rok życia) główne wymagania rozwojowe wobec dziecka dotyczą jego funkcjonowania intelektualnego. Dotychczasowe wyniki badań w tym obszarze są niejednoznaczne i kontrowersyjne, tym niemniej generalnie wskazuje się, że dzieci alkoholików cechuje nieharmonijność rozwoju poznawczego. Analiza uzyskanych przez badaczy wyników wskazuje, że czynniki biologiczne i warunki środowiskowe uczniów z rodzin alkoholowych mogą zaburzać ich funkcjonowanie intelektualne, rozumiane, jako zbiór uzdolnień pozwalających przewidywać skutki określonych działań, dostosowywać się do nowych sytuacji i otrzymywanych informacji. Trudności te mają związek z dysfunkcjonalnością układu nerwowego, dlatego poszukuje się podatności w mechanizmach neurofizjologicznych, takich jak procesy przetwarzania bodźców i informacji czy kontrola pobudzenia, mierzona potencjałami wywołanymi lub specjalnym zastosowaniem EEG (tzw. analiza widmowa) (Czub, 2009).

Stwierdzono istnienie związku pomiędzy alkoholizmem rodziców a nadpobudliwością i zaburzeniami koncentracji uwagi u synów alkoholików (Stewart i in., 1980), przy czym analiza tych zaburzeń, jako efektu deficytów w zakresie procesów neurofizjologicznych nie została w pełni podjęta. Jednocześnie u dzieci alkoholików obserwuje się nasilone występowanie problemów w nauce (Knop i in., 1985), co może mieć związek ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, których podłożem są deficyty w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Szczegółowe wyniki badań pokazują, że nadużywanie alkoholu przez rodzica może być rozpoznawane, jako czynnik przyczyniający się do występowania u dzieci:

- obniżenia poziomu IQ (Noll i in., 2004);
- pogorszenia funkcjonowania w zakresie zdolności werbalnych, oraz rozumowania abstrakcyjnego i pojęciowego (Tarter i in., 1984; Tarter i in., 1990),
- upośledzenia percepcji przestrzennej (Schandler i in., 1991);
- pogorszenia funkcjonowania wykonawczego, które przejawia się między innymi w sztywnym i mało elastycznym podejściu do rozwiązywania problemów oraz

obniżonej zdolności wytrwania w aktywności nakierowanej na cel (Drejer i in., 1985; Noll i in., 2004).

Dodatkowo, dzieci alkoholików zdecydowanie bardziej negatywnie niż dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego postrzegają swoje kompetencje poznawcze, co może powodować spadek motywacji do wykonania zadania i wtórnie obniżyć ich zdolności poznawcze (Johnson i Rolf, 1988).

Jednak nie wszystkie doniesienia empiryczne są tak jednoznaczne. Znane są badania, w których nie potwierdzono występowania deficytów intelektualnych u dzieci alkoholików (np. Workman-Daniels i Hesselbrock, 1987; Gillen i Hesselbrock, 1992), tak, więc odpowiedzi na pytania o szkodliwy wpływ uzależnienia rodzica na funkcjonowanie intelektualne dzieci wciąż pozostają niejasne. Wynika to z dużej różnorodności biologicznych, psychologicznych i społecznych czynników związanych z alkoholizmem rodziców, a mogących przyczyniać się do pogorszenia funkcjonowania intelektualnego ich dzieci.

Niezaprzeczalnie jednak, intensywny rozwój procesów intelektualnych dziecka w omawianej fazie powoduje, że alkoholizm rodzica w istotny sposób wpływa na kształtowanie się dziecięcych przekonań i oczekiwań wobec alkoholu. W miarę rozwoju dzieci stają się coraz bardziej świadome znaczenia alkoholu w życiu najbliższych im osób. W tym okresie obserwacja i naśladowanie osób pijących stanowi najważniejszy czynnik determinujący nastawienie dzieci do alkoholu i ich oczekiwania, co do skutków jego działania. Wiele badań wskazuje, że wpływ ten nie jest bez znaczenia (por. Zucker i in., 2008).

Obserwacja picia rodzica/ów przyczynia się do rozwoju przekonań o „dobroczynnym” działaniu alkoholu. Oczekiwania te wiele mówią na temat indywidualnych różnic w zachowaniach związanych ze spożywaniem alkoholu. W literaturze sugeruje się, że należy je traktować, jako czynnik pośredniczący między podatnością dziecka a jego decyzjami w sprawie picia alkoholu. Wpływ ten kształtuje się dość wcześnie (właśnie w okresie szkolnym), zdecydowanie szybciej niż dzieci alkoholików samodzielnie sięgną po większe ilości alkoholu (Zucker i in., 1995).

Badania porównawcze między dziećmi alkoholików i niealkoholików wskazują, że te pierwsze zdecydowanie bardziej pozytywnie oceniają skutki działania alkoholu i wyraźniej oczekują wzmacniających skutków picia (Sher, 1991). Są też lepiej zaznajomione z rodzajami napojów alkoholowych, wcześniej zdobywają tę wiedzę i wcześniej kształtują oparte na doświadczeniu przekonania na temat picia (Ellis i in., 2000).

Widać, zatem wyraźnie, że podatność (poznawcza) dzieci alkoholików na alkoholizm kształtuje się dość wcześnie, jednak istnieją badania potwierdzające odporność niektórych dzieci na te wpływy.

Zgodnie z modelem psychopatologii rozwojowej, aby doszło do naśladowania określonego zachowania rodzica, muszą zaistnieć odpowiednie do tego warunki. W przypadku intensywnego picia są to: obdarzanie pijącego ojca szacunkiem przez matkę, późny początek alkoholizmu, mniejsze jego nasilenie, niski poziom psychopatologii u rodziców (McCord, 1988; Jacob, Leonard, 1994). Pokoleniowa transmisja zachowań alkoholowych opartych na naśladownictwie i obserwacji może, zatem występować tylko w określonych typach rodzin.

Negatywne oddziaływanie rodziny na rozwój potomstwa w wieku szkolnym uwidacznia się także w sferze społecznej. Środowiskowe czynniki podatności, zaburzające prawidłowy rozwój społeczny dzieci alkoholików to przede wszystkim kumulacja czynników ryzyka, wynikająca z negatywnej atmosfery rodzinnej, nasilenia konfliktów małżeńskich, gorszej jakości sprawowania funkcji rodzicielskich, obniżonego statusu socjoekonomicznego rodziny, ogólnej psychopatologii rodziców oraz wypaczonych wzorców interakcji rodzinnych, w tym występowanie przemocy i nasilonej agresji (Ellis i in., 2000).

Ryzyko zaburzeń procesu socjalizacji wzrasta także z powodu tendencji do wchodzenia w związek małżeński pijących partnerów (Schuckit, 2002). Jeśli pije i ojciec, i matka, obniża się znacząco, jakość relacji dziecka z obojgiem rodziców (Fuller i in., 2003). W istotny sposób wpływa to na niski poziom rodzicielskiej kontroli i nadzoru. W efekcie dochodzi do zwiększenia prawdopodobieństwa występowania u dzieci alkoholików takich problemów socjalizacyjnych jak udział w dewiacyjnych grupach rówieśniczych, nasilona agresja, czy konflikty z prawem (Chilcoat i Anthony, 1996).

Jak wskazują badania, słabe zaangażowanie rodziców w życie szkolnego dziecka i nieuczestniczeniu w różnych formach jego aktywności, w sposób znaczący przyczyniają się do rozpoczęcia przez dzieci eksperymentów z alkoholem i narkotykami (Chilcoat i Anthony, 1996).

Dzieci z rodzin alkoholowych w wieku szkolnym są także narażone na zwiększone nasilenie problemów o charakterze internalizacyjnym. W dużej mierze wynika to ze wzrostu zaangażowania dziecka w problemy rodziny, spowodowanego rozwojem umiejętności przyjmowania perspektywy społecznej i spadkiem egocentryzmu (Cicchetti i in., 1990). Zwiększona troska dzieci o dobrostan fizyczny i psychiczny poszczególnych członków rodziny, oraz pogłębienie obaw o picie rodziców również przyczyniają się do wystąpienia

u dzieci lęków i/lub obniżonego nastroju (Windle i Davies, 2003).

Adolescencja jest natomiast czasem gwałtownych przemian w wielu sferach rozwoju człowieka. W tym okresie pojawia też się wiele problemów związanych z alkoholizmem rodziców. Z jednej strony jest to związane z wyraźnym ujawnianiem się biologicznych czynników podatności, z drugiej zaś z typową dla tego okresu skłonnością do zachowań o charakterze ryzykownym. Silny wpływ tych dwóch źródeł podatności powoduje, że adolescenti wychowywani w rodzinach z problemem alkoholowym znajdują się w centrum szczególnego zainteresowania badaczy ze względu na wzmożone ryzyko wystąpienia problemów związanych z uzależnieniem (Kornas-Biela, 2004).

Przebieg rozwoju w okresie adolescencji wyznaczany jest przez dwie fazy: wczesna (13-16 lat) i późna (17-20 lat). Wczesny okres adolescencji nazywany jest też często dorastaniem. Obie fazy charakteryzują się innymi wyzwaniem, z którymi muszą zmierzyć się młodzi ludzie w trakcie rozwoju. We wczesnej fazie adolescencji młodzież doświadcza wielu gwałtownych zmian, przede wszystkim w sferach biologicznej, rodzinnej i szkolnej.

Rozwój biologiczny wyznaczany jest przez intensywne dojrzewanie mózgu i układu nerwowego oraz poprzez rozwój fizyczny i zmiany fizjologiczne. Zmianą charakterystyczną dla okresu dorastania jest ostateczne ukształtowanie się indywidualnego stylu ruchowego i modelu aktywności ruchowej. Następuje destrukuralizacja uprzednio ukształtowanej motoryki dziecięcej; zanika harmonia, lekkość, płynność i elastyczność ruchów, a w ich miejsce pojawia się ociężałość i nadpobudliwość ruchowa.

Zachodzące w organizmie dojrzewanie obejmuje również czynności poznawcze i sferę emocjonalną. Zmiany dokonujące się w obrębie procesów myślowych i informacyjnych zwiększają możliwości poznawcze dorastającego człowieka, wpływając na poszerzenie jego zainteresowań oraz rozwój krytycyzmu w stosunku do dorosłych i samego siebie. W sferze emocjonalnej uwidacznia się labilność uczuciowa i zwiększenie pobudzenia emocjonalnego. Intensywne w tym okresie fizjologiczne dojrzewanie organizmu wiąże się ze zmianami w obrazie własnej osoby oraz w sposobie postrzegania otoczenia, co istotnie wpływa na samoocenę i zachowanie młodych ludzi. Przeobrażeniu ulega także sfera interpersonalna, zwłaszcza w kontekście relacji rodzice – dziecko (Sawyer i in. 2018).

Według Montemayora (1983), chociaż część rodzin doświadcza pozytywnych emocji we wzajemnych kontaktach, jednak większość z nich wskazuje na nasilenie konfliktów w tym okresie. Trudności często potęgują się w związku z intensywnymi przemianami w szkolnym życiu nastolatka. Zmiana dotyczy nie tylko środowiska (inna szkoła, inna klasa,

inni nauczyciele).

Wzrastają również wymagania dotyczące nauki i odpowiedzialności. Liczba zmian w okresie wczesnej adolescencji jest tak duża, że często skutkuje to problemami ujawnianymi na terenie szkoły, jak przemoc, używanie alkoholu i narkotyków czy wczesna aktywność seksualna (Blyth i in., 1981; Ostaszewski i in., 2009).

W późnej fazie adolescencji rozwój biologiczny nie jest już tak intensywny. W tym okresie ponownie następuje strukturalizacja motoryczności; powraca dynamika, płynność i dokładność ruchów, wzrasta także zdolność tworzenia nowych kompozycji ruchowych. Stabilniejszy staje się także układ emocjonalny i motywacyjny. Wymagania społeczne w tej fazie rozwoju dotyczą przede wszystkim nawiązywania i utrzymania intymnych relacji heteroseksualnych, osiągania niezależności w relacjach z rodzicami i przygotowania się do życia zawodowego.

Adolescencja jest szczególnie ważnym okresem życia dzieci alkoholików. To, jak będą przebiegały ich ścieżki rozwoju w dużej mierze zależy od podatności biologicznej, predyspozycji indywidualnych oraz skutecznych i zintegrowanych metod nadzoru nad zachowaniem nastolatka (Skala i Walter, 2013).

W pierwszej kolejności wskazuje się, że intensywne zmiany fizyczne i fizjologiczne u nastolatków mogą nasilać istniejącą u nich podatność na zaburzenia (Steinberg, 1990; Molina i Chassin, 1996). Dodatkowo, podatność ta jest ściśle związana z cechami temperamentu. Charakterystyka adolescentów z rodzin alkoholowych z punktu widzenia ich temperamentu stała się jednym z centralnych obszarów badawczych. Jest to w głównej mierze spowodowane doniesieniami empirycznymi Cloningera (1997), że cechy temperamentu stanowią jeden z ważniejszych czynników podatności na alkoholizm.

Wskazuje się, że dzieci alkoholików płci męskiej są bardziej podatne na wystąpienie uzależnienia, jeśli wykazują takie cechy temperamentu i osobowości jak poszukiwanie nowości, ciekawość poznawcza, wysoki poziom ekstrawagancji, impulsywność oraz obniżona zdolność do współpracy (Cloninger, 1987; Pałczyński, 2002; Homowska, 2006). Cechy te stanowią istotny czynnik ryzyka w zakresie wczesnej inicjacji alkoholowej oraz zwiększają podatność na uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne (Tubman i Windle, 1995; Cloninger i in., 2000; Zucker, 2006).

Istotne ryzyko pojawienia się zaburzeń działające na dorastających dzieci alkoholików pochodzi także ze źródeł interpersonalnych. Są to te czynniki, które wynikają z relacji nastolatka z rodzicami, z rodzicielskiej psychopatologii (wpływającej na zachowania rodzica) oraz relacji rówieśniczych.

Choć w okresie adolescencji kształtuje się autonomia młodych ludzi i wzrasta ich niezależność, to jednak oddziaływania rodzicielskie nadal (albo przede wszystkim) stanowią istotny element wpływający na przebieg ścieżek rozwojowych dorastających. Biorąc pod uwagę dotychczasowy stan wiedzy w tym obszarze, można wnioskować, że nadużywanie alkoholu przez rodziców, oraz towarzyszące uzależnieniu inne problemy w sposób istotny zaburzają zdolność dorosłych do efektywnego sprawowania funkcji rodzicielskich (Cierpiałkowska, 2003; Grzegorzewska, 2006).

Specyfika choroby alkoholowej powoduje, że zarówno pijący rodzic, jak i jego współmałżonek nie wykazują stabilności zachowań w relacjach z nastolatkiem. Pojawia się niekonsekwencja zachowań rodzicielskich, słaby monitoring zachowań dzieci, małe zaangażowanie w ich życie i sprawy, agresywność podczas egzekwowania poleceń, emocjonalna niedostępność w sytuacjach trudnych. Również rodzice, którzy mają obniżone aspiracje szkolne i edukacyjne wobec potomstwa, oraz bardziej ogólnie, przekazują dzieciom mniej optymizmu na przyszłość, mogą przyczyniać się do zbyt wczesnego podejmowania zachowań ryzykownych i/lub wiązania się z nieprzystosowanymi społecznie grupami rówieśniczymi (Brook i in., 1980).

Okres adolescencji jest również czasem, w którym istotne znaczenie w kształtowaniu zdrowia psychicznego odgrywają wewnętrzne i zewnętrzne zasoby nastolatka. Tworzą one takie warunki rozwoju, które mogą modyfikować ostateczne efekty rozwojowe, pośrednicząc w związkach między ryzykiem, a psychopatologią (Rutter, 1987; Luthar i Zigler, 1991).

Jednym z głównych czynników chroniących adolescentów przed problemami jest temperament. Takie jego cechy jak: zdolność do samokontroli, pozytywna emocjonalność czy dobra orientacja na zadanie znacząco wpływają na poziom funkcjonowania jednostki poprzez wzmocnienie jej odporności psychicznej (Wills i in., 2000). Inne czynniki chroniące to dobre zdolności poznawcze, oraz efektywne (adaptacyjne) strategie radzenia sobie ze stresem.

Jak wskazują badania, adaptacyjne style radzenia sobie preferują aktywne rozwiązanie problemów, w przeciwieństwie do strategii skoncentrowanych na negatywnych emocjach, takich jak złość lub unikanie. Młodzi ludzie, którzy są nastawieni na bardziej aktywne sposoby radzenia sobie rzadziej sięgają po środki psychoaktywne i/lub kolegują się z bardziej prospołecznymi rówieśnikami (Wills i in., 2001).

Wpływ ten bywa silniejszy, jeśli nastolatek doświadcza mocniejszych stresów życiowych. Można, zatem przypuszczać, że bardziej aktywne strategie radzenia sobie

buforują związek między ryzykiem a zachowaniami ryzykownymi.

Możliwe jest też, że dzieci z bardziej aktywnymi strategiami radzenia sobie częściej przed podjęciem działania zbierają informacje i rozważają różne alternatywne możliwości zachowania. Działa to jak swoista forma samokontroli chroniąca dziecko przed chęcią eksperymentowania, jako metodą radzenia sobie w trudnych sytuacjach (Wills i in., 2001).

Z kolei dojrzewanie do dorosłości jest procesem, na który wpływ mają różnorodne czynniki, w tym doświadczenia z dzieciństwa w rodzinach z problematycznym stosunkiem do alkoholu. U wielu osób, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, te wczesne lata kształtują trwałe wzory emocjonalne, behawioralne i poznawcze, które utrudniają efektywne funkcjonowanie w późniejszym okresie życia. Owe wzory, często dysfunkcyjne, mogą być określone, jako zespół objawów charakterystyczny dla dorosłych dzieci osób uzależnionych od alkoholu, znanego, jako syndrom DDA.

Warto podkreślić, że nie każda osoba wychowana w takiej rodzinie doświadcza skutków zespołu DDA. Istnieje grupa osób, które znalazły sposoby adaptacji do trudnego środowiska, które nie prowadzą do długotrwałego cierpienia w dorosłości. Ponadto, istnienie problemu alkoholowego w rodzinie nie zawsze implikuje konieczność poszukiwania profesjonalnej pomocy psychologicznej. Syndrom DDA nie jest chorobą w klinicznym tego słowa znaczeniu, ale raczej utrwalonym sposobem doświadczania rzeczywistości, który może być modyfikowany. Na szczęście, wczesne doświadczenia rodzinne, choć złożone i wymagające, nie muszą być jednoznacznie determinacją przyszłości jednostki (Bickelhaupt i in. 2021).

Każdy etap życia, w tym dzieciństwo spędzone w trudnych warunkach rodzinnych, oferuje możliwość osobistego i duchowego rozwoju. Niezależnie od rodziny, z której dziecko się wywodzi, możliwe jest zbudowanie satysfakcjonującej relacji partnerskiej, pod warunkiem zaangażowania, miłości i konstruktywnego wysiłku. Co prawda istnieje wiele czynników ryzyka towarzyszących dzieciom alkoholików na drodze ich rozwoju. Jest to związane z ich zwiększoną wrodzoną podatnością na stres, jak i z doświadczanymi, różnorodnymi trudnościami wynikającymi z choroby alkoholowej rodzica. Należy jednak być bardzo ostrożnym w przypisywaniu patologii rozwojowej tym dzieciom i ich środowisku. Badacze wskazują, że wiele dzieci alkoholików rozwija się prawidłowo, po mniej lub bardziej dostosowanych ścieżkach. Poziom realizacji zadań rozwojowych poszczególnych etapów jest zależny od wzajemnie oddziałujących zmiennych, związanych z podatnością i odpornością dzieci alkoholików (Bickelhaupt i in. 2021). Kluczowym zadaniem dla naukowców staje się, więc poszukiwanie czynników ochronnych, które są

ważne dla zrozumienia zjawiska zróżnicowanych ścieżek rozwojowych i losów dzieci alkoholików w tym funkcjonowania społecznego.

Aby lepiej zrozumieć wzajemne powiązania adaptacyjnego i nieadaptacyjnego sposobu funkcjonowania dzieci alkoholików w cyklu życia, konieczna jest wnikliwa analiza tego, jak przebiega realizacja ich zadań rozwojowych w poszczególnych fazach życia, z uwzględnieniem dynamiki wzajemnych związków między podatnością a czynnikami ochronnymi.

Celem naukowym niniejszej rozprawy jest zrozumienie i diagnoza funkcjonowania dzieci alkoholików w kontekście środowiska szkolnego. W niniejszym obszarze rozważone zostaną następujące kwestie:

- Jakie są główne zaburzenia w rozwoju emocjonalnym i społecznym dzieci z rodzin alkoholowych?
- W jaki sposób dzieci z rodzin alkoholowych adaptują się do wymogów środowiska szkolnego?
- Czy istnieją specyficzne cechy funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych?

Obszar diagnozy, oprócz danych stricte ilościowych, został dodatkowo rozszerzony o wielowymiarowy, interdyscyplinarny ogląd obejmujący: studium przypadku, wywiady, oraz opinie psychologów i pedagogów w dziedzinie. Zapewni to całkowitą triangulację danych, dzięki której, ostateczne wyniki będą nie tylko głęboko wnikliwe, ale też rzetelne i wiarygodne.

W trakcie realizacji badań skoncentrowano się na dzieciach alkoholików w kontekście diagnozy ich funkcjonowania w środowisku szkolnym. Dodatkową uwagę skoncentrowano na DDA, którzy pokonują długą drogę, często pełną przeszkód, wstydu, irytacji i cierpienia, gdy pomimo przeciwności, próbują znaleźć drogę do lepszego funkcjonowania społecznego (Bickelhaupt i in. 2021).

Mimo wielu badań przedmiotowego obszaru, nie wyjaśniają one w pełni mechanizmów odpowiedzialnych za obserwowane wśród potomstwa alkoholików efekty rozwojowe i funkcjonalne. Pojawia się coraz więcej wątpliwości, zwłaszcza przy braku jednomyślności w sprawie rozpowszechnienia problemów u dzieci uzależnionych rodziców. Zatem dalsze, pogłębione eksplorowanie tej problematyki znajduje uzasadnienie zarówno naukowe, jak i społeczne.

W strukturze rozprawy wyodrębniono część teoretyczną i badawczą. Rozważania teoretyczne stały się podstawą do zaplanowania badań własnych. W części teoretycznej zaprezentowano trzy rozdziały, które są wprowadzeniem w problematykę alkoholizmu jako

choroby społecznej, ukazania specyfiki rodziny z problemem alkoholowym i konsekwencji funkcjonowania dla dziecka w takiej rodzinie w aspekcie jego zaburzeń psychofizycznych, których konsekwencją są problemy, które może ono mieć w środowisku szkolnym.

W części badawczej przeprowadzono badania sondażowe wśród dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w przedziale wiekowym 7 – 17 lat. Wnikliwej analizie podjętej problematyki posłużyły studia przypadku, psychorysunki, a także wywiady z profesjonalistami (pedagogy, psychologów), którzy prowadzą terapię z dziećmi rodzin z problemem alkoholowym. Przeprowadzone badania dały podstawę do stworzenia programu terapeutycznego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, którego celem jest pokonać trudności, na jakie napotykają w środowisku szkolnym poprzez ukształtowanie u nich poczucia własnej wartości oraz określenia tożsamości, a także poznania przez nich zasobów własnych.

ROZDZIAŁ I

RYS SOCJOLOGICZNY I PEDAGOGICZNY CHOROBY ALKOHOLOWEJ

1.1. Próba zdefiniowania choroby alkoholowej

Alkoholizm, powszechna i niebezpieczna choroba dotykająca ludzi, wymaga wszechstronnego omówienia i zbadania. Wiele osób postrzega uzależnienie od alkoholu wyłącznie, jako skutek długotrwałego nadużywania alkoholu, prowadzącego do poważnego uszczerbku na zdrowiu fizycznym, psychicznym, duchowym i materialnym. Aspekt uszczerbku na zdrowiu duchowym do jakiego prowadzi choroba alkoholowa silnie akcentowany jest w społecznym nauczaniu Kościoła, która postrzega alkoholizm jak naruszenie trzeźwości, jednej z podstawowych cnót kardynalnych – cnoty umiarkowania (Bokun, 2017). Zgodnie z zapisami Katechizmu Kościoła Katolickiego, „umiarkowanie jest cnotą moralną, która pozwala opanować dążenie do przyjemności i zapewnia równowagę w używaniu dóbr stworzonych. Zapewnia panowanie woli nad popędami i utrzymuje pragnienia w granicach uczciwości. Osoba umiarkowana kieruje do dobra swoje pożądaniami zmysłowe, zachowuje zdrową dyskrecję i «nie daje się uwieść... by iść za zachciankami swego serca» (Syr 5, 2). Umiarkowanie jest często wychwalane w Starym Testamencie: «Nie idź za twymi namiętnościami: powstrzymaj się od pożądań!» (Syr 18, 30). W Nowym Testamencie jest ono nazywane «skromnością» lub «prostotą». Powinniśmy żyć na tym świecie «rozumnie i sprawiedliwie, i pobożnie» (Tt 2, 12)» (KKK, 1807). Choroba alkoholowa jest w takim ujęciu konsekwencją naruszenia cnoty umiarkowania, skutkującej utratą trzeźwości, a tym samym utratą kontroli nad własnym życiem. Człowiek, żyjący w zgodzie z zasadami wyznawanej wiary dysponuje duchową tarczą, która go przed utratą trzeźwości chroni. Zgodnie z systematyzacją przyjętą w KKK trzeźwość jest kwestią godności człowieka, o którą powinien on poprzez wierność cnoty umiarkowania sam się zatroszczyć. Tak rozumiana godność jest funkcją wolnej woli, którą każdy człowiek posiada (Lee i George, 2008).

Zaznaczyć należy, iż w rozumieniu nauki Kościoła trzeźwość nie ogranicza się do zachowania umiaru w spożywaniu alkoholu, ale w określonych sytuacjach całkowitą abstynencję. Nakaz ten dotyczy dzieci i młodzieży w wieku rozwojowym, a także osób dorosłych w określonych sytuacjach życiowych oraz pełniących istotne funkcje w życiu

społecznym. Trzeźwość jest dla nich moralnym nakazem tak wobec siebie, jak i wobec innych (Bokun, 2017). Św. Tomasz z Akwinu w sposób szczególny imperatywny wymóg trzeźwości odnosił do osób duchownych, którzy jako wychowawcy i słudzy Kościoła, powinni być wzorcem postępowania dla innych (Granat, 1959). Przed złudną obietnicą szczęścia i wolności jaką niosą używki przestrzegał papież Jan Paweł II, kierując do młodzieży następujące słowa: „Odważnie opierajcie się handlarzom złudzeń, którzy wykorzystują wasz głód szczęścia i drogo każą sobie płacić za chwilę sztucznego raj, uzyskaną przez odrobinę dymu, dawkę alkoholu czy narkotyków” (cyt. za: Andrzejuk, 2021, s. 420). Generalnie więc, w ujęciu nauki Kościoła alkoholizm jest skutkiem niezachowania trzeźwości, będącej skutkiem sprzeniewierzenia się cnoty umiarkowania. Jest zatem działaniem wymierzonym we własne poczucie godności i prowadzącym do jego utraty. Samo spożywanie alkoholu nie jest więc potępiane, co wynika z faktu, iż potępienia takiego nie ma tak w księgach Starego Testamentu, ani Nowego Testamentu, a wino jest częścią liturgicznej praktyki chrześcijaństwa. Nadużywanie alkoholu jest zatem nie tylko sprzeniewierzeniem się cnoty umiarkowania, ale także swoistym naruszeniem porządku liturgicznego.

Zazwyczaj alkoholika kojarzy się z osobą, która straciła prawie wszystko – zdrowie, rodzinę, pracę i dom – i błąka się po ulicach w stanie ciągłego upojenia alkoholowego. Należy jednak pamiętać, że ten obraz przedstawia zaawansowane i końcowe stadium alkoholizmu, które obejmuje szerszą grupę osób w jego mniej poważnych fazach.

Na początkowych etapach uzależnienia osoba może nadal zachowywać pozory normalności w różnych aspektach życia. Dlatego głębsze zgłębienie alkoholizmu jest niezbędne do zrozumienia jego źródeł, przejawów i mechanizmów.

Sprzeniewierzenie się chrześcijańskiej cnoty umiarkowania, prowadzące do utraty trzeźwości, może skutkować popadnięciem w alkoholizm (*alcolismus chronicus*), zwanym również chorobą alkoholową. Jest ona problemem tyleż medycznym, co społecznym, postrzeganym nie tylko przez pryzmat szkód materialnych (straty dla rodzin czy społeczeństwa), ale także moralnych (cierpienia osób bliskich dotkniętemu chorobą alkoholową). Termin „alkoholizm” został ukuty przez szwedzkiego lekarza Husa (Dziewiecki, 2000) na określenie choroby powstałej w wyniku nadużywania alkoholu. Przed nim na zdrowotne skutki nadużywania alkoholu zwracał uwagę już w 1785 roku Rus. W jego opinii „nieumiarkowane używanie spirytualiów [...] przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne” (Woronowicz, 1993, s. 51). Kilka dziesięcioleci później, w 1818 roku, wydane zostało w Wilnie *Dzieło o pijaństwie przez Jakóba Szymkiewicza Nauk*

Wyzwolonych Filozofii, Medycyny i Chirurgii Doktora, Nadwornego Konsyliarza Jego Imperatorskiej Mości, będące jedną z pierwszych w Europie publikacji tego typu, a autorowi przyniosło renomę alkoholologii polskiej (Woronowicz, 2017, s. 167). Na przełomie XIX i XX wieku nadmierne spożywanie alkoholu określane było obok pijaństwa, także takimi określeniami alkoholomania (od 1902 roku we Francji), oinomania (gr. *oinos* – wino) i dipsomania (gr. *dipsa* – pragnienie). Ostatecznie w nauce przyjął się wspomniany termin „alkoholizm”, zastosowany po raz pierwszy przez wspomnianego Husa, nadwornego lekarza króla szwedzkiego Karola XIV, w publikacji *Alkoholizm przewlekły czyli przewlekła choroba alkoholowa*. Zamienne funkcjonował z pojęciem „choroba alkoholowa”. Huss jako pierwszy zwrócił uwagę na „specyficzne objawy nieprawidłowego funkcjonowania organizmu”, jako efekt negatywnego wpływu alkoholu na organizm człowieka (Woronowicz, 2017, s. 167).

Ugruntowanie się w nauce pojęcia „alkoholizm” („choroba alkoholowa”) nie rozwiązało kwestii jego zdefiniowania. Jak pisze Wald (1986, s. 178), „w prawie każdej pracy z dziedziny epidemiologii alkoholizmu można znaleźć inną definicję tego pojęcia i odmienne metody stwierdzenia, że w danym przypadku mamy z nim właśnie do czynienia”. Problem zdefiniowania alkoholizmu, choroby alkoholowej pozostaje więc w pewnym sensie nadal otwarty: pomimo wielu prób jej zdefiniowania, nie została wypracowana formuła ogólnie przyjęta i akceptowana. Przemawia to za tym, aby w przeglądzie definicji alkoholizmu w pierwszej kolejności odnieść się do ujęć normatywnych, istotnych dla jego profilaktyki, diagnostyki i terapii. Alkoholizm jest chorobą, będąc skutkiem postępującego uzależnienia od nadmiernego kompulsywnego spożywania napojów zawierających etanol, będącym specyfikatorem uzależniania (World Health Organization, 2004).

Uzależnienie od alkoholu, stan uznany za chorobę przez Światową Organizację Zdrowia w 1956 roku, polega na spożywaniu alkoholu w sposób powodujący szkodliwe skutki zarówno dla jednostki, jak i jej najbliższego otoczenia. Dolegliwość ta zmusza osoby do dalszego picia pomimo szkodliwego wpływu, jaki wywiera na ich samopoczucie i relacje (World Health Organization, 1962).

Klasyfikacja zaburzeń związanych z używaniem alkoholu opiera się w dużej mierze na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Śmierci (ICD) (Chikritzhs, i in. 2002; Saunders, i in. 2019) zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz wytycznych zawartych w *Podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych* (DSM) opracowanym przez amerykańskich ekspertów (Habrata, 2010). Systemy te są stale aktualizowane i upraszczane w celu usprawnienia procesu

diagnostycznego i poprawy użyteczności klinicznej, biorąc pod uwagę postęp w podejściu do leczenia (Chung i in., 2017). Ogłoszenie w 2013 roku DSM-V uznawane jest za cezurę zwrotną w postrzeganiu choroby alkoholowej, zagrożenie którą łączone było ze spożywaniem alkoholu jako substancją toksyczną, powodującą niekorzystne skutki zdrowotne. Istotne znaczenie dla zamiany paradygmatu etiologii choroby alkoholowej ma również obowiązująca od 1 stycznia 2022 roku klasyfikacja ICD-11 (Chikritzhs, i in. 2002).

Celem aktualizacji wcześniej obowiązującej ICD-10, do wersji ICD 11 było dostosowanie jej do standardów amerykańskich i ustalenie jednolitych kryteriów klasyfikacji zaburzeń związane z używaniem alkoholu. Najnowsza wersja tych kryteriów została opublikowana, jak nadmieniano wcześniej, 1 stycznia 2022 roku. Dodano zmienioną definicję zaburzenia używania alkoholu (AUD), która obecnie rozdziela rozpoznanie na uzależnienie od alkoholu i szkodliwy wzorec spożywania alkoholu (Rehm, Heilig, Gual, 2019).

Według tej zaktualizowanej definicji kluczową cechą uzależnienia od alkoholu jest silny wewnętrzny przymus spożywania alkoholu. Dowodem na to jest niezdolność jednostki do kontrolowania spożycia alkoholu, przedkładanie spożycia alkoholu nad inne czynności i kontynuowanie zachowań związanych z alkoholem pomimo negatywnych konsekwencji. Zazwyczaj objawy te utrzymują się, przez co najmniej 12 miesięcy, chociaż rozpoznanie można postawić już po 3 miesiącach regularnego (codziennego lub prawie codziennego) spożywania alkoholu (WHO, 2021). W ujęciu ICD-11 alkoholizm, należy do grupy uzależnień, którego specyfikatorem, określających wzorec używania substancji uzależniającej, jest alkohol (ICD-11, 6C40.3, s. 465). Inaczej niż w przypadku innych substancji uzależniających, w przypadku spożywania alkoholu i remisji (odwrotności spożywania) wyróżnia się następujące postacie uzależnienia od alkoholu (ICD-11, 6C40.20-21, s. 465):

- ciągle – spożywanie alkoholu codziennie lub prawie codziennie co najmniej przez ostatni miesiąc;
- epizodyczne – wystąpienie co najmniej jednego epizodu spożycia w ostatnim miesiącu oraz przeplatane abstynencją epizody picia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W klasyfikacji ICD-11 wyróżnia się następujące postacie remisji uzależnienia (6C40.22-24):

- wczesna pełna remisja – okres abstynencji trwa przez okres 1-12 miesięcy licząc od momentu zdiagnozowania choroby lub ostatniej interwencji (także samopomocowej) w związku z nadmiernym spożyciem alkoholu;

- trwała częściowa remisja – znaczne ograniczenie spożycia alkoholu przez ponad 12 miesięcy, licząc od ostatniego epizodu leczenia lub innej interwencji (także samopomocowej);
- trwała pełna remisja – okres abstynencji przez ostatnie 12 miesięcy lub dłużej licząc od ostatniego epizodu leczenia lub innej interwencji (także samopomocowej).

W świetle ICD-11 zatem alkoholizm może być ciągły, jeżeli epizody picia powtarzają się codziennie, albo epizodyczny, jeżeli epizody picia przeplatają się z okresami abstynencji co najmniej przez ostatnie 12 miesięcy. Wyznaczniki remisji są także stopniowalne i zależą od okresów abstynencji (wczesna pełna remisja) lub ograniczenia spożywania alkoholu (trwała częściowa remisja) licząc od ostatniego epizodu picia lub interwencji związanej z piciem. O trwałej pełnej remisji choroby alkoholowej można mówić, gdy okres abstynencji licząc od ostatniego epizodu picia lub ostatniej interwencji związanej z piciem wynosi co najmniej 12 miesięcy. Warunkiem utrzymania trwałej pełnej remisji choroby alkoholowej jest zachowanie całkowitej abstynencji.

W klasyfikacji ICD-11 wskazuje się także na specyfikę, zależnych od jednostki lub konstrukcji psychofizycznej, wieku oraz rodzaju substancji uzależniającej, cech klinicznych uzależnienia (Chikritzhs, i in. 2002). Także więc w przypadku choroby alkoholowej mogą wystąpić m.in. różnice w zakresie subiektywnego odczuwania potrzeby sięgania po alkohol, tolerancji na alkohol (zależna jest od indywidualnej historii uzależnienia, występowania chorób współistniejących – np. przewlekłe choroby wątroby obniżają tolerancję na alkohol) czy rodzaju i charakteru dysfunkcji psychofizycznych i społecznych (ich występowanie nie są konieczne dla zdiagnozowania choroby alkoholowej) czy wzorca spożywania alkoholu (np. w grupie rówieśniczej, ze względu na jej dynamikę, występuje częstsza niż w innych grupach wiekowych tendencja do częstego spożywania dużych dawek alkoholu) (ICD-11, 2024, s. 466). W klasyfikacji ICD-11 podkreśla się także, iż częste, nawet codzienne, sięganie po substancję uzależniającą, nie oznacza automatyzmu w diagnozowaniu choroby alkoholowej. Warunkiem koniecznym jest równoczesne stwierdzenie występowania zasadniczych cech dystynktywnych uzależnienia, takich jak upośledzenie kontroli nad piciem, rosnąca waga priorytetu picia nad innymi obowiązkami i celami życiowymi oraz cech fizjologicznych predestynujących do uzależnienia, do których zalicza się obniżenie tolerancji na alkohol oraz występowanie zespołu odstawiennego w odpowiedzi organizmu na brak dawki alkoholu (ICD-11, 2024, s. 466-67).

W klasyfikacji ICD-11 podkreśla się znaczenie wielokryterialnego podejścia do diagnozowania choroby alkoholowej, zwłaszcza zaś unikania jak czynnika przesądzającego

samego spożywania alkoholu. Dla współczesnej diagnostyki alkoholizmu istotniejsze znaczenie ma klasyfikacja DSM-V. W 2013 roku wprowadzona została do wcześniej obowiązującej DSM-IV, nowa kategoria diagnostyczna: zaburzenie używania alkoholu (ZUA, ang. *alcohol use disorder* – AUD). Do tego czasu nadużywanie alkoholu utożsamiane było z pićem szkodliwym i traktowane było jako odrębne zaburzenie. W ZUA połączono w jedną kategorię „uzależnienia od alkoholu” i „nadużywania alkoholu” (Modrzyński, 2020, s. 50).

W ujęciu DSM-5 ZUA to określony zespół objawów poznawczych, stanowiących kryteria diagnostyczne. Do kryteriów tych zalicza się (Modrzyński, 2020, s. 50-51):

1. Spożywanie dużych ilości alkoholu lub picie przez dłuższy czas.
2. Odczuwanie ciągłego głodu alkoholu przy jednoczesnej nieskuteczności próba zaprzestania lub poddania picia kontroli.
3. Poświęcanie dużej ilości czasu na zdobycie alkoholu, jego spożywanie lub odzyskiwania pełnej zdolności do funkcjonowania obniżonej wskutek nadmiernego spożycia.
4. Uczucie niemożliwego do opanowania pragnienia, potrzeby i przymusu wypicia alkoholu.
5. Doświadczanie trudności w wypełnianiu obowiązków domowych, szkolnych, zawodowych ze względu na nawracające spożywanie alkoholu.
6. Trwanie w picciu alkoholu pomimo dostrzegania problemów społecznych i zaburzeń relacji międzyludzkich spowodowanych lub pogłębionych przez picie.
7. Ograniczanie lub rezygnacja z ważnych zajęć towarzyskich, zawodowych lub rekreacyjnych ze względu na spożywanie alkoholu.
8. Regularne spożywanie alkoholu w sytuacjach ryzykownych (np. w sytuacjach napięcia, wywołanego koniecznością podjęcia decyzji).
9. Kontynuowanie picia alkoholu pomimo problemów ze zdrowiem fizycznym, bądź psychicznym, spowodowanych lub zaostrzonych przez picie.
10. Tolerancja zdefiniowana jako rozumiana jako: a) potrzeba wyraźnego zwiększania ilości wypijanego alkoholu w celu osiągnięcia upojenia lub pożądanego efektu, lub b) wyraźne zmniejszenie działania alkoholu pomimo wypijania go w tej samej ilości.
11. Odstawienie, charakteryzujące się wystąpieniem następujących okoliczności:
 - a) objawy odstawienia, odpowiadające dwóm kryteriom odstawiennym:
 - A) zakończenie okresu długotrwałego i intensywnego spożywania alkoholu;
 - B) charakterystyczny alkoholowy zespół odstawieni (manifestujący się,

występowaniem odrębnym lub łącznym następujących objawów: a) aktywacja układu wegetatywnego, np. hipertonia, tachykardia itp.); b) objawy psychopatologiczne, tj. pobudzenie ruchowe, lęki, omamy itp. (Jakubczyk, 2017, s. 74).

Wskazane powyżej kryteria diagnostyczne choroby alkoholowej dzieli się na cztery grupy: 1) upośledzona kontrola (1–4); 2) pośledzenie funkcjonowania społecznego (5–7); 3) ryzykowne używanie napojów alkoholowych (8–9); 4) kryteria farmakologiczne (objawy 10–11). (Gałęcki, Świącicki, 2017; Modrzyński, 2020, s. 51-52). ZUA definiowane jest w związku z jako wielokryterialny „nieprawidłowy wzorzec picia alkoholu prowadzący do wystąpienia istotnych klinicznie objawów fizycznych lub psychicznych o nasileniu łagodnym (1–2 objawy), umiarkowanym (4–5 objawów) lub ciężkim (≥ 6 objawów) spośród niżej wymienionych, występujących łącznie w okresie ostatnich 12 miesięcy [...]” (Woronowicz, 2017, s. 175). W takim ujęciu zatem nie każdy kontakt z alkoholem jest diagnostyczną przesłanką stwierdzenia choroby alkoholowej, ale tylko taki wzorzec spożywania alkoholu, który wywołuje u osoby nią dotkniętej dysfunkcje fizyczne lub/i psychiczne, o różnym stopniu nasilenia. O chorobie alkoholowej w znaczeniu medycznym można zatem mówić tylko wówczas, gdy spełnia ona kryteria diagnostyczne ZUA. Może mieć postać łagodną – występują 2-3 kryteria diagnostyczne, umiarkowaną – występują 4-5 kryteria diagnostyczne i ciężką – występuje więcej niż 6 kryteriów diagnostycznych (Modrzyński 2019, 2020, s. 52).

Jednym z narzędzi pomiaru nasilenia ZUE proponowanym w literaturze, a opartym na DSM-V, jest Skala Picia Problemowego (SPP). Składa się ona z 22 pozycji: każde z 11 kryteriów zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest oceniane poprzez ustosunkowanie się do dwóch stwierdzeń. Przy pomocy SPP dokonuje się szacunkowej ocena problemów alkoholowych pacjenta w czterech wymiarach (Kotowska i in., 2022, s. 352):

1. Upośledzona kontrola zachowań alkoholowych. Obejmuje pierwsze cztery kryteria diagnostyczne DSM-V, dotyczące głodu alkoholowego i utraty zdolności do kontroli picia. Wymiar ten jest uznawany za fundamentalny dla diagnozowania choroby alkoholowej, rozumianej jako ZUA.
2. Upośledzenie funkcjonowania społecznego. Diagnozowane w oparciu o kryterium 5 (związek między spożywaniem alkoholu, a zaniedbywaniem lub niewypełnianiem istotnych obowiązków), 6 (świadomość szkód, jakie wynikają w obszarze społecznym w związku ze spożywaniem alkoholu) oraz 7 (postępujące zmiany w stylu życia osoby

pijącej, polegających na osłabieniu dotychczasowych zainteresowań na rzecz picia alkoholu.

3. Ryzykowne spożywanie alkoholu. Nasilające się często w sytuacjach napięć kryzysowych, obejmuje kryteria objawowe: 8 (częstotliwość picia w sytuacjach, gdy jest to fizycznie ryzykowne oraz 9 (kontynuowania picia alkoholu pomimo świadomości ugruntowanych i nasilających się problemów fizycznych i psychicznych, zaostrzających się w wyniku spożycia alkoholu).
4. Wymiar farmakologiczny. Odnosi się do mechanizmów neurobiologicznych. Kluczowy dla diagnostyki ZUA. Obejmuje kryterium 10 (obniżenie tolerancji na alkohol, skutkujące zwiększeniem jego spożycia) oraz 11 (wystąpienie zespołu absencyjnego).

SPP pozwala na dokładniejsze i trafniejsze, niż we wcześniejszych podejściach, diagnozowanie choroby alkoholowej. Pozwala bowiem spojrzeć na nią nie tylko z perspektywy kategoryjnej, ale i dymensjonalnej, tj. z uwzględnieniem wszystkich, ujętych interakcyjnie, czynników determinujących wystąpienie ZUE. Pozwala też w diagnostyce choroby alkoholowej skoncentrować się tylko na picu problemowym i wyłączenie z postępowania diagnostycznego ogółu pijących alkohol. W świetle statystyk ZUA rozwija się o ok. 20% osób go spożywających. W Polsce dotyczy to ok. 4 mln osób (Kotowska i in., 2022, s. 340), a w skali światowej – ok. 2 mld (Woronowicz, 2017, s. 167). Dlatego to na tej grupie należy skoncentrować działania terapeutyczne, ponieważ jak wynika z badań u osoby, pijącej nawet codziennie, ale niewielkie ilości alkoholu, mającej nawet epizody zatrucia alkoholowego, choroba alkoholowa przy wcześniejszym podejściu diagnostycznym mogła nie zostać zdiagnozowana. W ujęciu zaproponowanym w DSM-V zmniejszyło się także prawdopodobieństwo rozpoznania choroby alkoholowej u osób pijących w sposób ryzykowny. W ujęciu tym podważono także dotychczasowy paradygmat ujmowania alkoholizmu jako choroby przewlekłej i nieuleczalnej. Za sprawą wprowadzenia ZUA jako kategorii diagnostycznej w diagnostyce i terapii alkoholizmu skupiono się picu problemowym, znaleziono przekonujące uzasadnienie do wprowadzenia „do leczenia programów ograniczania picia celem zmiany wzorca picia na mniej szkodliwy dla zdrowia. Różne instytucje na świecie, obok wskazywania na zasadność udziału w programach abstynencyjnych dla osób głęboko uzależnionych, rekomendują także programy ograniczania picia dla osób z mniej nasilonymi ZUA” (Kotowska i in., 2022, s. 340). Ogólnie rzecz biorąc zatem w centrum uwagi diagnostyki i terapii alkoholizmu w świetle DSM-V powinni znaleźć pijący problemowo, natomiast pijący nie spełniający kryteriów picia

problemowego powinni być objęci różnymi, wdrażanymi przez organizacje rządowe i pozarządowe, programami terapeutycznymi i edukacyjnym ukierunkowanymi na ograniczenie spożycia alkoholu i zmianę wzorców picia. Należy przy tym zauważyć, iż w świetle badań epidemiologicznych badania NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) w ciągu życia osoby pijącej występuje dwukierunkowe nasilenie intensywności picia u osób ze zdiagnozowaną chorobą alkoholową (Hasin i Grant, 2015). Oznacza to, iż u osób tych można nie tylko zdiagnozować ZUA od jego braku po ciężką postać, ale także monitorować zmiany w tym zakresie na osi czasu. Dzięki temu, zgodnie z DSM-V, możliwa jest indywidualizacja postępowania diagnostycznego (Kotowska i in., 2022, s. 340). Koncentrując się zatem na osobach pijących problemowo nie traci się z pola widzenia osób, u których dynamika niekorzystnych zmian w przebiegu uzależnienia doprowadziła do wystąpienia ZUA. Jak z kolei zwraca uwagę Włodarczyk (2020, s. 35), zastosowane w DSM-V hybrydowe, integrujące kategoriale i dymensjonalne ujmowanie psychopatologii alkoholizmu, pozwala zerwać z dotychczasową praktyką diagnostyczną sprowadzenia choroby alkoholowej wyłącznie do uzależnienia od alkoholu, jako chronicznej choroby i zauważyć, iż może się ona „potencjalnie rozwijać się oraz cofać, zatem upośledzenie kontroli używania alkoholu nie ma więc nieodwracalnego charakteru”.

W literaturze podkreśla się także, iż podejście kategoriale do choroby alkoholowej w ICD-10 (kontynuowane w ICD-11) i kategoriale-dymansjonalne przyjęte w DSM-V nie wykluczają się wzajemnie, ale uzupełniają. Chociaż w ICD-10 (11) termin ZUA nie występuje to, to oparty na tej klasyfikacji test AUDIT, obejmujący takie kategorie jak „problemy alkoholowe”, „zależność od alkoholu” i „konsumpcja alkoholu” także pozwala w badaniach przesiewowych wyłowić osoby odpowiadające kryterium picia problemowego. Tym samym więc połączenie wyników testu AUDIT i diagnozy choroby alkoholowej w oparciu o kryteria ICD -10 (11) pozwalają ująć ją, co zapewnia DSM-V, z perspektywy kategoriale-dymensjonalnej. Stosując zatem test AUDIT i SPP osiągną się ten sam cel, jaki jest efektywne rozwiązanie problemu diagnozy i terapii osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy (Kotowska i in., 2022). Na tej grupie, jak nadmieniano wcześniej, koncentruje się uwaga nauki donośnie zjawiska spożywania alkoholu.

Kategoriale diagnostyczna DSM-V łączy w sobie wcześniej odrębne kategorie z DSM-IV-TR. Na podstawie liczby występujących objawów, stopień zaawansowania choroby klasyfikuje się, jako łagodny (dwa do trzech objawów), umiarkowany (cztery do pięciu objawów) lub ciężki (sześć lub więcej objawów), co wskazuje na stopień upośledzenia czynnościowego. Objawy związane z nadużywaniem alkoholu podzielono na cztery odrębne

grupy. Pierwsze cztery punkty dotyczą zagadnień związanych z zaburzeniami kontroli, natomiast punkty od piątego do siódmego dotyczą zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. Punkty ósmy i dziewiąty skupiają się na ryzykownym używaniu substancji, a dwa ostatnie punkty odnoszą się do kryteriów farmakologicznych (Modrzyński, 2019).

Głębokie zakłócenia, jakie powoduje w świadomości i autonomii, często okazują się śmiertelne dla znacznej części osób dotkniętych tą chorobą. Co ciekawe, alkoholizm jest jedną z niewielu chorób, w przypadku, których jednostka postrzega siebie, jako zdrową. Ta niszczycielska choroba przenika każdy aspekt życia człowieka, niszcząc jego powiązania i zasady, stopniowo ograniczając jego wolność i odpowiedzialność. Utrudnia mu to skuteczne funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie. Niestety, dla wielu osób jedynie pogorszenie stanu fizycznego stanowi czynnik odstrasający od dalszego spożywania alkoholu. W zaawansowanych stadiach alkoholizmu ze względu na głęboki kryzys, przed którym stają jednostki, abstynencja staje się wyjątkowo trudna.

Skupienie uwagi na zjawisku picia problemowego nie może wszakże oznaczać utraty z pola widzenia samego zjawiska spożywania alkoholu, której jest czynnikiem bezpośrednio generującym zjawisko picia problemowego. O skali zagrożeń w tym zakresie przekonują dane dotyczące światowego poziomu spożycia alkoholu. W 2016 roku wynosiło ono 6,4 czystego etanolu na osobę w wieku powyżej 15 lat (WCRF/AICR, 2018). W Polsce o 1/3 przeważa ono średnią światową. Od 15 lat utrzymuje się ono powyżej 9,1 l 100% etanolu na osobę powyżej 15 lat. W 2023 spożycie alkoholu wyniosło 9,37 l i – co warto podkreślić – było zauważalnie niższe niż w roku poprzedzającym (9,73) (Malczewski, Jabłoński, 2023, s. 7). W USA, roczne koszty nadmiernego spożycia alkoholu szacuje się na poziomie ponad 223 mld dol. rocznie, przy czym koszty te są obliczane na podstawie danych dotyczących obniżenia produktywności pijących, a także wydatków na opiekę zdrowotną, zaangażowania wymiaru sprawiedliwości w sprawy karne i wypadków samochodowych (Sudhinaraset i in., 2016, s. 35). Choć konsumpcja alkoholu, co wynika głównie z uwarunkowań religijnych i kulturowych, jest zróżnicowana w różnych krajach, to w rosnącej ich liczbie staje się problemem zdrowia publicznego, a tendencja w tym zakresie w skali globalnej wykazuje wyraźną tendencję zwyżkującą. Osłabienie zagrożeń zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu mogą przynieść jedynie skuteczne działania profilaktyczne i edukacyjne zmierzające do odwrócenia tego trendu (WCRF/AICR, 2018).

Warto zauważyć, że pandemia Covid-19 wywarła wymierny wpływ na wzorce spożycia alkoholu w latach 2020-2021. W okresie od kwietnia do lipca 2020 r. w 21 krajach przeprowadzono badanie przekrojowe w celu zbadania trendów w spożyciu alkoholu (Kilian

i in., 2021). Badanie wykazało ogólny spadek spożycia alkoholu, szczególnie w zakresie częstotliwości sporadycznego picia w dużych ilościach. Spadek można przypisać ograniczonej dostępności alkoholu spowodowanej ograniczeniami dotyczącymi zgromadzeń i wydarzeń towarzyskich. Kontekst kulturowy spożycia alkoholu również odegrał rolę w tym zjawisku.

Badania przeprowadzone w USA wskazują jednak na wzrost spożycia alkoholu w porównaniu do poziomu przed pandemią. Warto zauważyć, że zmiany wzorców spożycia alkoholu w czasie pandemii zależały od początkowego poziomu spożycia alkoholu przez poszczególne osoby. Osoby pijące dużo przed pandemią odnotowały wzrost spożycia alkoholu, podczas gdy pozostałe grupy wykazywały minimalne zmiany. Ostatnie badania podkreślają również znaczący wpływ samotności na używanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, podczas pandemii (Gutkind, Gorfinkel, Hasin, 2022). Odkrycia te wyróżniają znaczenie częstszych badań przesiewowych w kierunku zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, zwłaszcza zespołu uzależnienia od alkoholu.

Poziom spożycia alkoholu i struktura jego spożycia uzależnione są, jak nadmieniano, od szeroko rozumianego kontekstu kulturowego; istotne jest także w świetle badań kryterium płci. Płeć odgrywa znaczącą rolę w częstości występowania zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu – szacuje się, że na całym świecie dotyczy to około 46 milionów kobiet i 237 milionów mężczyzn. W USA istotnie częściej piją alkohol mężczyźni (56,5%) niż kobiety (47,9%). Dotyczy to również picia problemowego (mężczyźni – 30,4%, kobiety (16,0%), a także intensywnego picia (odpowiednio: 9,9% i 3,4%). Upijanie definiuje się w USA jako liczbę epizodów upojenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, którego miarą jest wypicie przez kobiety w ciągu dwóch godzin 4 i więcej drinków, a przez mężczyzn – 5 i więcej drinków (Sudhinaraset i in., 2016, s. 35). Podobna struktura picia ze względu na płeć występuje w Polsce, gdzie jednak stosuje się inne parametry picia problemowego (intensywnego). Ogólnie rzecz biorąc pijący w Polsce spożywają alkohol średnio przez 73 dni (najczęściej piwo – 61 dni, a wino i napoje spirytusowe – przez 14 dni). Mężczyźni piją trzykrotnie częściej – 103 dni w roku, niż kobiety – 37 dni w roku. Ci pierwsi najczęściej piją piwo (98 dni w roku, podczas gdy kobiety – 21), a kobiety wino (odpowiednio 18 i 10 dni w roku). Wśród kobiet i mężczyzn w Polsce podobne są motywacje sięgania po alkohol. Najczęściej (20-30%) wskazują oni w tym kontekście presję społeczną (swoisty przymus picia podczas różnorodnych uroczystości lub chęć dopasowania się zachowaniem do otoczenia, a w dalszej kolejności – odczuwanie przyjemności (np. rozluźnienie i rozładowanie napięcia) (Malczewski, Jabłoński, 2023, s. 7). Picie alkoholu w Polsce nie

wynika zatem z dążeń eskapistycznych, ale w głównej mierze związane jest „z zachowaniami i rytuałami społecznymi. [...] w grupie najstarszych uczestników badania (65+) motyw «właściwej diety» dotyczy niemal dwukrotnie większego odsetka respondentów niż w pozostałych grupach wiekowych. Zapewne przekonania tej grupy wiekowej mogą wynikać z racjonalizowania własnej konsumpcji alkoholu, ale także z zakorzenionych przekonań. Do najrzadziej wskazywanych okoliczności picia należą: picie na zewnątrz, czyli w parkach, na ulicach” (Malczewski, Jabłoński, 2023, s. 7). Z danych tych wynika ważna wskazówka dla kierunku działań profilaktycznych i edukacyjnych, które powinny zmierzyć w kierunku zwalczania pozytywnych stereotypów związanych z piciem alkoholu i silnego eksponowania ujemnego wpływu alkoholu na zdrowie. Jak bowiem wynika z badań alkohol jest główną przyczyną urazów, chorób przewodu pokarmowego (refluks żołądkowo-przełykowy czy alkoholowa choroba wątroby, która po wielu latach może potencjalnie doprowadzić do marskości wątroby; alkohol jest odpowiedzialny za 30–40% przypadków ostrego zapalenia trzustki, a nawet 65–95% przypadków przewlekłego zapalenia trzustki (Szymczak i in., 2009) układu krążenia czy nowotworów. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje nadużywania alkoholu obejmują także przedwczesną śmiertelność, zmniejszoną produktywność w pracy, podwyższoną stopę bezrobocia, wydatki związane z leczeniem uzależnień i chorób związanych z alkoholem i nie tylko. Wspomnieć w tym kontekście należy o zjawisku współuzależnienia od alkoholu. Obecność uzależnienia od alkoholu w rodzinie powoduje różne wyzwania zdrowotne, psychologiczne i finansowe, często prowadząc do współuzależnienia, a nawet przemocy. Należy zdać sobie sprawę, że uzależnienie od alkoholu nie jest problemem wyłącznie indywidualnym, ale dotyczy także całej rodziny i ma istotne implikacje społeczno-ekonomiczne.

Powyższe implikacje podkreślają pilną potrzebę szerokiej dyskusji na temat nadużywania i uzależnienia od alkoholu w celach edukacyjnych, a także podkreślają znaczenie trafnej diagnozy i skutecznych metod leczenia.

Warto w kontekście zagrożeń zapadalnością na choroby nowotworowe wskutek nadmiernego spożycia alkoholu zaznaczyć, iż Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem klasyfikuje alkohol, jako substancję rakotwórczą grupy 1. Jest to substancja, która ma udowodnione działanie rakotwórcze na organizm ludzki, szczególnie powiązana z rozwojem nowotworów w różnych obszarach, takich jak jama ustna, gardło, przełyk, jelito grube, wątroba i piersi (Bagnardi i in., 2015). Badania dowodzą, iż spożywanie napojów alkoholowych w ilości przekraczającej 30 g czystego etanolu zwiększa istotnie ryzyko raka

jamy ustnej, gardła i krtani, przełyku (rak płaskonabłonkowy przełyku (rak płaskonabłonkowy), a u kobiet raka piersi (przed i po menopauzie). Alkohol spożywany w ilości przekraczającej 45 g czystego etanolu żołądka i wątroby (WCRF/AICR, 2018). Głównym czynnikiem uruchamiającym proces kancerogeny jest aldehyd octowy, będący głównym produktem wchłaniania etanolu. Spektrum jego negatywnego oddziaływania na organizm pijącego jest szeroki i obejmuje między innymi uszkodzenie DNA na poziomie komórkowym, co upośledza jej funkcjonowanie i zdolności regeneracyjne. Uruchamia także inne mechanizmy uszkodzeń prowadzące do powstawania stanów zapalnych, skutkiem których są szkodliwe mutacje komórkowe. Nadmierne spożycie alkoholu powoduje także niedobory w organizmie kwasu foliowego, cynku i selenu, prowadzi do stresu oksydacyjnego, prowokującą peroksydację lipidów, a co za tym idzie dalsze uszkodzenia DNA. Badania dowodzą także szczególnie negatywnego wpływu alkoholu na organizm kobiety, zwłaszcza jako czynnika prowadzącego do rozwoju raka piersi. Zwiększa on bowiem stężenie estragonu w organizmie kobiety, co jest głównym czynnikiem rozwoju tego nowotworu, zwłaszcza u kobiety z nadwagą. Okoliczność ta jest łączona często z szybkim rozwojem raka piersi u nastolatek i młodych kobiet nadużywających alkoholu (Gruszka 2023, s. 33; Skrzypczyk-Ostaszekiewicz 2023, s. 35). U kobiet nadmierne spożywanie alkoholu jest obciążone istotnie większym niż u mężczyzn ryzykiem marskości i nowotworów wątroby. Usunięci bowiem z organizmu nadmiaru estragonu jest u kobiet dodatkowym obciążeniem wątroby, co zwiększa jej ekspozycję na patologiczne zmiany, w tym nowotworowe (Skrzypczyk-Ostaszekiewicz 2023, s. 35).

Zwrócić w tym kontekście należy uwagę, iż nie ma „bezpiecznej” dawki alkoholu. Zgodnie bowiem z Oświadczeniem WHO z 2023 roku, nie ma granicy po przekroczeniu której „włącza się” niszczące działania alkoholu na organizm. Niezależnie do dawki pozostaje on substancją wysoce toksyczną i uzależniającą, klasyfikowaną pod względem toksyczności na poziomie podobnym co azbest, promieniowanie czy nikotyna. Niezależnie od dawki, etanol, musi być rozłożony w organizmie, a to za każdy razem wiąże się z wydzielaniem do organizmu szkodliwych, jak wspomniany aldehyd octowy, substancji, mogących inicjować procesy chorobowe, w tym kancerogenne. W tej sytuacji, „wartościowanie niektórych rodzajów alkoholu i poszukiwanie ich prozdrowotnych właściwości jest zgubne, ponieważ niezależnie od tego, czy są organiczne, wegańskie, domowej produkcji, zawierają siarczyny lub resveratrol – nadal zawierają etanol”. (Gruszka, 2023, s. 33). Z tego też względu w postępowaniu klinicznym należy bezwzględnie odcinać osobom pijącym problemowo dostęp do alkoholu, a w postępowaniu profilaktycznym

i edukacyjnym zdecydowanie zwalczać złudne przekonanie, iż możliwe jest jego „bezpieczne” picie.

Należy przy tym zauważyć, że na rozwój zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (ZUA) istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne, na które przypada 50% ryzyka wystąpienia choroby alkoholowej. Pozostałe 50 procent przypisuje się warunkom środowiskowym (Verhulst, Neale, Kendler, 2015). Patofizjologiczne podłoże uzależnienia od alkoholu wynika z jego wpływu na różne neuroprzekaźniki, zwłaszcza na transmisję dopaminergiczną związaną z układem nagrody. Niemniej jednak rozregulowanie uwalniania GABA, glutaminianu, endogennych opioidów i serotoniny również przyczynia się do tego uzależnienia (Koob, 2003).

Alkoholizm, będący chorobą przewlekłą, utrzymuje się przez całe życie człowieka, uniemożliwiając mu spożywanie alkoholu w sposób umiarkowany i kontrolowany. Ważne jest, aby pamiętać, że nie można przejść od „bycia alkoholikiem” do „bycia byłym alkoholikiem”. Można jednak zostać trzeźwym alkoholikiem i zachować abstynencję do końca życia, skutecznie łagodząc objawy alkoholizmu (Dziewiecki, 2000).

Zainteresowanie badaczy przesunęło się ostatnio w stronę badania zmian immunologicznych zachodzących w mózgu w wyniku przewlekłego spożywania alkoholu, które mają wpływ na neuroprzekaźnictwo. Szczególnym obszarem zainteresowania jest rola interleukiny-10 i jej poziomów w ciele migdałowatym (Patel i in., 2020). Badania prowadzone w tym kierunku dowodzą bezpośrednich zależności między spożywaniem alkoholu a krótko- lub długotrwałym uszkodzeniem struktur mózgowych, które w dalszych konsekwencjach upośledzają psychofizyczne funkcjonowanie organizmu. Na tym tle występują procesy regresywne w zakresie sprawności intelektualnej i manualnej, długoterminowe deficyty poznawcze oraz zwiększa się ryzyko urazów np. w wypadkach drogowych, wiktania się w akty przemocy czy upadków zapośredniczonych przez upojenie alkoholowe. U osób młodych, w procesie przemian rozwojowych, alkohol prowadzi do zaburzeń decyzyjnych, pogarszania się wyników w nauce czy kształtowania się innych umiejętności życiowych. Wskutek zmian mózgowych wywoływanych u osób uzależnionych od alkoholu wreszcie pojawiają się zaburzenia w kontrolowaniu własnych zachowań w tym dotyczących osobistych i społecznych nadmiernego spożywania alkoholu (Chikritzhs i in., 2024, s. 23). Innymi słowy, osoba uzależniona od alkoholu, ma – ze względu na uszkodzenia struktur mózgowych – trudności w ocenie zagrożeń powodowanych przez uzależnienie, dostrzeganych w sposób oczywisty przez trzeźwe otoczenie. Powyższe ustalenia wskazują na potrzebę aktualizacji zaleceń dotyczących konsumpcji alkoholu konsumpcja. Światowa

Organizacja Zdrowia uznaje nadmierne spożycie alkoholu za istotny czynnik utrudniający osiągnięcie Celów Zrównoważonego Rozwoju w obszarze zdrowia.

Potrzeba taka wynika także z faktu, iż najnowsze badania dają podstawy by skorygować niektóre dotychczasowe przekonania dotyczące szkodliwości spożywania alkoholu tak w wymiarze psychosomatycznym (Włoch-Kopeć, Bała, Jaeschke, 2021), jak i w wymiarze funkcjonowania społecznego alkoholików (Morawska, Chodkiewicz, 2019). Chociaż bowiem alkohol wiąże się ze szkodliwymi zmianami metabolicznymi i narządowymi, zauważono również, że umiarkowane spożycie może mieć pozytywne skutki. Wykazano, że umiarkowane picie, w przeciwieństwie do całkowitej abstynencji, zmniejsza ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych (Włoch-Kopeć, Bała, Jaeschke, 2021). Dodatkowo – jak dowodzą badania – alkohol zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia różnych postaci demencji, nie pogarszając przy tym funkcji poznawczych (Neafsey, Collins, 2011). Nie zawsze też, jak nadmieniano, uzależnienie od alkoholu prowadzi do zaburzeń w społecznym i rodzinnym funkcjonowaniu. W badaniach alkoholizmu, w szczególności dotyczących jego typologii, wyodrębniono bowiem *functional subtype*, określaną jako *high-functioning alcoholics* (HFA), określanych w języku polskim jako „alkoholicy wysokofunkcjonujący”. Mianem tym określa się osoby z ZUA, które pomimo to zdolni są utrzymać stałą pracę, nie zdradzać swojego uzależnienia wyglądem i niedbałym wyglądem, nie mieć kłopotów w nawiązywaniu stosunków z otoczeniem, a nawet uchodzić w jego oczach za osoby nie mające problemu alkoholowego (Dubey, 2022). Do grupy HFA zalicza się osoby z ZUA, które przez dłuższy czas nie spełniają w pełni kryterium choroby alkoholowej DSM-V lub ICD, a które ujawniają się w pełnym zakresie dopiero na późniejszych etapach jej zaawansowania, choć dzięki współcześnie dostępnym narzędziom diagnostycznym opartym na przywołanej klasyfikacji istnieje możliwość identyfikacji ZUA już w stadium początkowym (Zaworska-Nikoniuk, 2021). Do HFA zalicza się w przybliżeniu co piątą z osób dotkniętych piciem problemowym. Na tle innych pijących problemowo wyróżniają się dobrym funkcjonowaniem społecznym, zawodowym czy rodzinnym, wysokim poziomem wykształcenia, wysokimi dochodami i nie mających problemów w związkach małżeńskich, a także wykonujących bez zarzutu swoje obowiązki zawodowe. Pomimo częstych epizodów nadużywania alkoholu nie szukają oni specjalistycznej pomocy, a także nie wykazujących zaburzeń psychicznych (internalizacyjnych i eksternalizacyjnych) czy uzależnień od innych substancji. Charakterystyczny jest dla nich późny wiek inicjacji alkoholowej (powyżej osiemnastego roku życia) oraz brak problemu alkoholowego w rodzinie (Morawska, Chodkiewicz, 2019).

Choć osoby te są z pewnością funkcjonalnymi alkoholikami choroba alkoholowa u nich faktycznie występuje to przebiega i manifestuje się w sposób specyficzny. Dla osób z HFA charakterystyczne jest:

- 1) traktowanie picia jako mechanizmu radzenia sobie z problemami, napięciem psychicznym i stresem;
- 2) zdolność nakładania ograniczeń w picciu (np. ograniczanie podczas spotkań towarzyskich ilości wypijanego alkoholu do jednego drinka);
- 3) upijanie się bez wyraźnej motywacji (co de facto oznacza brak motywacji do zerwania z picciem);
- 4) picie w towarzystwie innych pijących, a zachowywanie trzeźwości w sytuacjach towarzyskich (np. podczas imprez rodzinnych);
- 5) skłonność do picia ryzykownego (np. jazda pod wpływem alkoholu);
- 6) samoizolacja (forma kontroli picia, mająca na celu nieujawnianie skłonności do picia przed innymi);
- 7) wykorzystywanie każdej okazji do sięgania po alkohol (przekładające się niekiedy na rezygnację z kontynuowania picia w dowolnym momencie);
- 8) występowanie objawów rozdwojenia jaźni i huśtawki nastrojów;
- 9) skłonność do negowania problemu alkoholowego (np. bagatelizowanie nadmiernej ilości wypijanego alkoholu);
- 10) skłonność do zaprzeczania, iż utraciło się kontrolę nad sobą po spożyciu alkoholu;
- 11) skłonność do popadania w złość (np. w sytuacji, gdy ktoś zwraca uwagę na nadmierne picie);
- 12) brak tzw. kaca (po utracie przytomności wskutek upojenia zdolność do podjęcia w pełni obowiązków po wytrzeźwieniu);
- 13) zaniki pamięci po nadmiernym spożyciu alkoholu, przy jednoczesnym utrzymywaniu że wszystko się pamięta i swoje zachowania miało się pod kontrolą;
- 14) ukrywanie alkoholu w różnych miejscach po to, aby mieć go zawsze pod ręką i jednocześnie ukryć go przed innymi;
- 15) oddzielanie życia od alkoholu (swoista odmiana podwójnego życia, w trzeźwości w sytuacjach tego wymagających i nadużywania alkoholu w innych sytuacjach (Dubey, 2022)).

Osoby z grupy HFA pomimo faktu, iż potrafią – przynajmniej do pewnego czasu – prawidłowo funkcjonować w wymiarze zawodowym, społecznym czy na gruncie rodzinnym i sprawiać wrażenie zdrowych, obiektywnie dotknięci są picciem problemowym. Spełniają

one bowiem kryteria diagnostyczne tak DSM-V, jak i ICD-11, takie jak silne pragnienie używania alkoholu, upośledzenie – pomimo zachowania pozorów – kontroli nad piciem, występowanie zespołu absencyjnego w razie ograniczenia dostępu lub odstawienia alkoholu czy spożywanie go pomimo świadomości jego negatywnego wpływu na zdrowie (Morawska, Chodkiewicz 2019, s. 412). Zdolność do ukrywania swojej choroby przed światem, prowadzenie „podwójnego życia” przez osoby z HFA nie może być zatem argumentem na rzecz tezy, iż uzależnienie od alkoholu niekoniecznie przeszkadza w osiąganiu sukcesów zawodowych i życiowych. Prawidłowe – przynajmniej dla otoczenia – relacje społeczne, zawodowe czy rodzinne, nie zatrzymują bowiem, ani nie niwelują negatywnego oddziaływania alkoholu na organizm osoby pijącej, co w szczególności dotyczy funkcji somatycznych. Zasadniczą cechą osób z grupy HFA odróżniającą ich od innych osób z ZUA jest to, iż swoją chorobę potrafią ukryć przed światem zewnętrznym (niekiedy także przed bliskimi), a picia alkoholu nie postrzegają w kategoriach problemowych, ale np. jako źródło relaksu, sposób na odstresowanie po ciężkim dniu lub intensywnej aktywności zawodowej. Innymi słowy, osoby z HFA „wyróżniają się kilkoma cechami utrudniającymi diagnozę [...], gdyż nie pasują do stereotypu alkoholika. [...] Są pracownicy i doceniani przez otoczenie za swoje osiągnięcia. Mają bogate życie towarzyskie i otaczają się z reguły ludźmi również pijącymi bardzo dużo. Nie zmagają się z problemami finansowymi, więc mogą sobie pozwolić na drogie alkohole (Morawska, Chodkiewicz 2019, s. 412). Istnienie alkoholików o cechach HFA stanowi zatem istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny. Wymagają oni bowiem dokładniejszego podejścia diagnostycznego, zwłaszcza spojrzenia na ich problem z perspektywy dymensyjnej, oraz terapeutyczny, gdyż za nietrafne wydaje się stosowanie wobec nich procedur stosowanych w odniesieniu do osób z ZUA, wykazujących jego pełne spektrum kryterialne. Występowanie osób z HFA wymaga zatem zmiany paradygmatu spojrzenia na picie problemowe: od paradygmatu abstynencyjnego zakładającego nieuleczalność alkoholizmu w oparciu o dożywotnie zaprzestanie picia alkoholu, inspirowanego modelem ruchu Anonimowych Alkoholików, do paradygmatu redukcji szkód wskazującego na postępujący i przewlekły charakter choroby w oparciu o picie kontrolowane. Oba podejścia są wykorzystywane w terapii osób pijących problemowo, choć ten pierwszy model nie wydaje się trafny wobec osób z HFA (Zaworska-Nikoniuk, 2021).

Model picia HFA nie może zatem zmienić dotychczasowego podejścia opartego na kompleksowej analizie globalnego wpływu spożycia alkoholu na zdrowie indywidualne i publiczne, zgodnie z którym aby uniknąć szkodliwych skutków zdrowotnych, należy

całkowicie wyeliminować spożycie alkoholu, gdyż żadnej ilości, nie można uznać za bezpieczną, nie można uznać za bezpieczną (GBD, 2018). Trudno w tej sytuacji rozwijać zainteresowania „pozytywnymi” następstwami spożywania alkoholu. Skupiać się raczej należy na jego skutkach negatywnych oraz zmierzać do rozwijania instrumentów służących najtrafniejszej diagnozie choroby alkoholowej oraz kształtowaniu najskuteczniejszych procedur terapeutycznych.

Nie ulega zarazem wątpliwości, iż model picia HFA wymaga dalszych badań empirycznych w celu dokładniejszej identyfikacji i opisu jego cech dystynktywnych. Już na obecnym etapie rozpoznania tego fenomenu można z całą pewnością stwierdzić, iż nie przystaje on do przyjętych w nauce typologii alkoholizmu.

Szkodliwe skutki związane z problemami alkoholowymi obejmują szerszą populację, ze szczególnym uwzględnieniem dorosłych pochodzących z gospodarstw domowych alkoholików (około 1,5–2 mln osób) oraz dzieci i młodzieży narażonych na kontakt z takimi środowiskami (również około 1,5–2 mln osób) (Zaworska-Nikoniuk, 2021).

Ponad pół wieku temu Jellinek przedstawił swoją typologię alkoholizmu, w której wyróżnił pięć podtypów: alfa, beta, gamma, delta i epsilon (Jellinek, 1960a, 1960b). Choć początkowo klasyfikacja ta zapoczątkowała dalsze badania nad różnicami pomiędzy alkoholikami, obecnie uważa się, że ma ona przede wszystkim znaczenie historyczne (Babor, 2002; Morawska, Chodkiewicz, 2019). Warto zauważyć, że typologia Jellinek`a nie obejmowała podtypu wysokofunkcjonującego, jako że skupiał się on w swoich badaniach na osobach głęboko uzależnionych. Późniejsze klasyfikacje oparte na zmiennych socjodemograficznych, psychologicznych i psychopatologicznych, zmierzały do replikacji typologii wcześniejszych i przynosiły zróżnicowane, niejednorodne rezultaty, choć – inaczej niż u Jellinka – uwzględniały już model picia problemowego HFA (Morawska, Chodkiewicz, 2019).

W typologii Jellinek`a osoby zaklasyfikowane, jako alkoholicy alfa wykazywały zauważalny brak tolerancji dla frustracji i jej niedoborów umiejętność skutecznego radzenia sobie ze stresem. Osoby te sięgały po alkohol, aby dodać sobie odwagi, złagodzić cierpienie psychiczne i uciec od problemów, co ostatecznie doprowadziło do trudności społecznych.

Natomiast osoby należące do podtypu Beta spożywały alkohol sporadycznie, lecz w znacznych ilościach. Typ Beta charakteryzował się szybkim początkiem dolegliwości fizycznych, a spożycie alkoholu mogło prowadzić do uzależnienia fizycznego. W przypadku podtypu Gamma osoby doświadczały całkowitego fizycznego i psychicznego uzależnienia

od alkoholu, o czym świadczyła zwiększona tolerancja, niemożność kontrolowania picia oraz intensywny głód.

Inna kategoria pacjentów, znana, jako Delta, zajmowała się konsekwentnym spożywaniem alkoholu, mając jednocześnie pewien poziom kontroli nad spożywaną ilością, chociaż nie byli w stanie zaprzestać picia bez wystąpienia objawów odstawienia.

W przeciwieństwie do alkoholików Gamma, pacjenci ci nie byli w stanie powstrzymać się od alkoholu bez wystąpienia objawów odstawienia. Na koniec Jellinek opisał alkoholizm Epsilon, określany także, jako picie okresowe lub dipsomania, który charakteryzował się wyraźnym i intensywnym uzależnieniem od alkoholu przeplatany okresami abstynencji, często długotrwałymi (Babor i in., 1992a, 1992b; Jellinek, 1960b; Lindenmeyer, 2007).

W swojej analizie Jellinek zaklasyfikował osoby o wzorcu Gamma, Delta i Epsilon, jako alkoholików, przyznając jednocześnie, że typy Alfa i Beta również wskazują na zaburzenie ze względu na różnorodny charakter alkoholizmu (Frąckowiak, Motyka, 2015).

Istnieją jednak pewne podobieństwa do alkoholików wysokofunkcjonujących, szczególnie w przypadku typów alfa, którzy używają alkoholu, jako sposobu radzenia sobie ze stresem, a także typów epsilon, którzy są w stanie powstrzymać się od picia przez dłuższy czas. Istnieją jednak również zauważalne różnice.

Najwcześniejsze klasyfikacje identyfikujące podtypy bardziej zgodne z koncepcją alkoholików wysokofunkcjonujących zostały opracowane przez Cloningera i Babora. To właśnie Cloninger i jego zespół przeprowadzili znane sztokholmskie badanie adopcyjne, w którym objęto dużą próbę osób, które zostały adoptowane, jako dzieci (Cloninger, 1987; Cloninger, 1981). W badaniu tym zidentyfikowano dwa typy uzależnień na podstawie wieku, w którym pojawiły się objawy alkoholizmu, biorąc pod uwagę takie czynniki, jak stan zdrowia psychicznego, płeć, nawyki związane z piciem, alkoholizm rodziców biologicznych i adopcyjnych oraz cechy osobowości osób zmagających się z uzależnieniem.

Grupa osób typu I, które mają słabsze predyspozycje genetyczne w porównaniu z typem II, składa się zarówno z mężczyzn, jak i kobiet, ze znaczącą reprezentacją kobiet. Ich uzależnienie zwykle rozpoczyna się w późniejszym wieku, po 25. roku życia. Przypadki alkoholizmu rodzinnego w tej grupie są rzadkie i nawet, jeśli rodzice spożywali alkohol, to w tak łagodny sposób, że nie wymagał on leczenia. Osoby typu I mają tendencję do picia okresowego, często w celu złagodzenia stresu, i naprzemiennie pomiędzy okresami abstynencji.

Generalnie nie napotykają problemów prawnych, jednak w miarę postępu uzależnienia mogą u nich rozwinąć się dolegliwości fizyczne i zaburzenia psychiczne, co jest głównym czynnikiem odróżniającym je od podtypu wysokofunkcjonującego.

Z drugiej strony, klasyfikacja Babora (Babor, 2002; Babor i in., 1992a, 1992b) przypisuje różnorodność populacji osób uzależnionych od alkoholu, złożonemu wzajemnemu powiązaniu czynników biologicznych, genetycznych, społeczno-kulturowych i psychologicznych czynników. W rezultacie jednorodne podtypy wykazują znaczne różnice w wielu cechach. Po dokładnym zbadaniu dostępnej literatury i dokładnej analizie danych zebranych od 321 osób zmagających się z alkoholizmem autorzy postawili hipotezę sugerującą istnienie dwóch odrębnych podtypów, oznaczonych, jako A i B. Podtypy te wykazują zauważalne różnice w szerokim zakresie 17 cech (Babor i in., 1992b).

Typ A charakteryzuje się późniejszym początkiem alkoholizmu, mniejszą częstością występowania problemów rodzinnych związanych z alkoholem, mniejszą liczbą czynników ryzyka w dzieciństwie (takich jak zaburzenia uwagi i problemy behawioralne), zmniejszoną częstością występowania zaburzeń psychicznych, mniej poważnym uzależnieniem i mniejszą liczbą problemów z tym związanych (takie jak konflikty prawne i utrata pracy). Wyniki leczenia osób z typem A są na ogół korzystniejsze, choć często opóźnione (Babor i in., 1992a; Brown i in., 1994; Del Boca i Hesselbrock, 1996; Leggio i in., 2009).

Warto zauważyć, że w tym podtypie występuje nieco większy odsetek kobiet w porównaniu do mężczyzn (67% vs 47%). Dodatkowo należy zaznaczyć, że typ A przypomina typ I w klasyfikacji Cloningera, z tym, że rozróżnienie polega na współwystępowaniu innych zaburzeń psychicznych.

Cloninger przypisuje większe nasilenie zaburzeń psychicznych typowi I, Babor zaś typowi B (Cierpiąłkowska i Ziarko, 2010). W systemie klasyfikacji zaproponowanym przez Moss i in. (2007) można postawić hipotezę, że typ A Babora bardziej odpowiada cechom alkoholizmu wysokofunkcjonującego. To właśnie typ A, opisywany przez Babora, charakteryzuje się nie tylko mniejszą częstością występowania zaburzeń psychicznych, ale także wykazuje podobieństwa w postaci późniejszego początku uzależnienia, rzadszego występowania uzależnień w rodzinie, mniejszej liczby problemów związanych z alkoholem oraz zrównoważonym rozkładem płci (Babor i in., 1992b; Moss i in., 2007).

Warto w tym miejscu wspomnieć o typologiach alkoholizmu zaproponowanych przez Zuckera (1986;1994; Zucker i in., 1996, por. też: Kopera, Wojnar, 2017). Wyróżnił on cztery typy alkoholizmu: alkoholizm aspołeczny, alkoholizm o negatywnym nastroju, kumulatywny rozwojowo i rozwojowy. Typ rozwojowy charakteryzuje się intensywnym

i częstym piciem w późnym okresie dojrzewania, które w wieku dorosłym przechodzi w okazjonalne lub społecznie akceptowane picie, bez zakłócania obowiązków zawodowych lub rodzinnych (Zucker, 1986; Brown i in., 1994; Babor, 2002; Morawska, Chodkiewicz, 2019). W pewnym stopniu pokrywa się to z charakterystyką alkoholików wysokofunkcjonujących, którzy potrafią skutecznie wypełniać swoje obowiązki i pomimo przejawiania uzależnienia od alkoholu nie odczuwają znaczących negatywnych konsekwencji swoich nawyków alkoholowych.

W klasyfikacji Zucker'a podtyp rozwojowy charakteryzuje się wczesną inicjacją spożywania alkoholu i wczesnym początkiem choroby alkoholowej, co nie jest zgodne z charakterystyką modelu picia HFA (Morawska, Chodkiewicz, 2019).

Natomiast aby określić przebieg choroby dla różnych grup diagnostycznych, Schuckit (1985) przeprowadził wywiady z 577 mężczyznami poddanymi terapii alkoholowej. Największą grupę (432 osoby), która bardzo przypominała wspomniany podtyp, stanowiła grupa 1. U tych pacjentów alkoholizm występował później, a cechą charakterystyczną była mniejsza intensywność picia. Pacjenci byli starsi, zażywali mniej środków uspokajających, nie doświadczali konfliktów z prawem i problemów społecznych (Schuckit, 1985).

Spośród różnych typów uzależnień, typ 2 (niskie ryzyko – niski stopień nasilenia) charakteryzuje się najniższym poziomem uzależnienia, minimalnymi współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi i niskim rozpowszechnieniem alkoholizmu w rodzinie. Osoby te nie stosują narkotyków w połączeniu z alkoholem. Ten konkretny typ jest zgodny z klasyfikacją zidentyfikowaną przez (Mose i in. 2007; Morawska, Chodkiewicz, 2019).

Warto w tym miejscu również wspomnieć, że w 1997 roku polscy badacze Hauser i Rybakowski podzielili 296 mężczyzn uzależnionych od alkoholu na trzy kategorie, na podstawie takich czynników, jak: wiek wystąpienia uzależnienia, alkoholizm w rodzinie, występowanie chorób psychicznych i somatycznych oraz nasilenie problemów alkoholowych. Szczególnie istotny dla niniejszego badania typ 1 charakteryzuje się późniejszym początkiem alkoholizmu (średnia wieku: 34, 48 lat), małą częstością występowania alkoholizmu rodzinnego, mniejszą liczbą problemów alkoholowych, rzadkim występowaniem zaburzeń psychicznych lub chorób somatycznych oraz łagodnym przebiegiem alkoholizmu (Hauser, Rybakowski, 1997).

Warto zauważyć, że typ 1 ma wiele podobieństw z typem I w klasyfikacji Cloningera (1987;) oraz typem A w klasyfikacji Babora (Cloninger i in., 1981; Babor i in., 1992a, 1992b). Należy jednak podkreślić, że polscy badacze włączyli do swoich badań wyłącznie uzależnionych mężczyzn.

W swoim badaniu z 2004 roku Windle i Scheidt zidentyfikowali cztery odrębne kategorie osób cierpiących na alkoholizm. Kategorie te zostały określone na podstawie takich czynników, jak używanie substancji psychoaktywnych, stan zdrowia psychicznego, alkoholizm w rodzinie, cechy antyspołeczne, temperament, zmienne stanu zdrowia klinicznego i oczekiwania wobec alkoholu.

W badaniu wzięło udział łącznie 802 uczestników, zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Co ciekawe, naukowcy odkryli, że jeden z podtypów, znany, jako podtyp o łagodnym przebiegu, ma wiele podobieństw do osób, u których zdiagnozowano wysokofunkcjonujący alkoholizm. Podobieństwa te obejmowały późniejsze rozpoczęcie spożywania alkoholu, niższy poziom spożycia alkoholu i mniej nasilone objawy odstawienia.

Dodatkowo, osoby w tym podtypie zgłaszały mniej problemów behawioralnych w dzieciństwie i miały mniej przypadków alkoholizmu w swoich rodzinach. Osoby te nie tylko rzadziej sięgały po alkohol, ale także rzadziej zażywały benzodiazepiny i narkotyki. Co więcej, podtyp o łagodnym przebiegu doświadczył minimalnych negatywnych konsekwencji społecznych w wyniku picia. W porównaniu z innymi podtypami zidentyfikowanymi w badaniu, osoby z podtypem łagodnym zgłaszały niższy poziom zaburzeń emocjonalnych, takich jak depresja i stany lękowe.

Jedynym obszarem, w którym podtyp łagodny wykazywał pewne podobieństwo do innych podtypów, była obecność objawów osobowości antyspołecznej, chociaż objawy te były nadal słabsze w porównaniu do wszystkich pozostałych grup. Opisana w badaniu grupa osób miała najwyższe oczekiwania, co do pozytywnego wpływu alkoholu na ich funkcjonowanie seksualne. Natomiast pomimo spełnienia kryteriów uzależnienia, osoby te nie sięgają po alkohol tak często, jak inni alkoholicy, a ich uzależnienie nie powoduje tak poważnych konsekwencji. Pod względem temperamentu najniższy poziom negatywnego nastroju, najwyższy poziom orientacji zadaniowej i zauważalną elastyczność behawioralną wykazywała właśnie ta grupa (Windle, Scheidt, 2004).

Podsumowując, z istniejącej literatury przedmiotu wynika, że większość typologii alkoholizmu obejmuje podtyp charakteryzujący się późniejszym początkiem i łagodniejszym przebiegiem choroby, a także opóźnioną inicjacją alkoholizmu (Cloninger i in., 1981; Schuckit, 1985; Cloninger, 1987; Babor i in., 1992b; Hauser i Rybakowski, 1997).

Dodatkowo, w wielu badaniach zidentyfikowano podobne cechy dobrego funkcjonowania wśród różnych podtypów alkoholików. Na przykład Cloninger (1987) stwierdził, że osoby uwarunkowane środowiskowo miały mniej problemów prawnych.

Babor i in. (1992b) zidentyfikowali cechy typu A, a Del Boca i Hesselbrock (1996) zidentyfikowali cechy charakteryzujące się niskim ryzykiem i niskim nasileniem, jako cechy związane z mniejszymi konsekwencjami picia.

Z kolei Zucker (1986) zaobserwował, że typ rozwojowy zwykle dobrze funkcjonuje w wieku dorosłym. Podobnie Schuckit (1985) zauważył, że osoby z grupy 1 rzadko napotykały problemy prawne i doświadczały mniej komplikacji społecznych. Hauser i Rybakowski (1997) oraz Windle i Scheidt (2004) również odkryli podobne prawidłowości.

Warto wspomnieć, że większość badań wskazywała, że grupy przypominające wysokofunkcjonujący podtyp Moss i in. (2007) charakteryzowały się mniejszą częstością występowania alkoholizmu w rodzinie i wykazywały mniej nasilone objawy lub skutki odstawienia. Autorzy konsekwentnie stwierdzali, że u alkoholików o łagodniejszym przebiegu choroby ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych było mniejsze (Schuckita, 1985; Babor i in., 1992b; Del Boca, Hesselbrock, 1996; Hauser, Rybakowski, 1997; Windle i Scheidt, 2004).

1.2. Natura choroby alkoholowej

Wraz z postępem społeczeństwa pojawienie się nowych chorób staje się nieuniknione. Nieustające dążenie do określonego statusu społecznego rodzi stres i frustrację, które z kolei są przyczyną różnych dolegliwości fizycznych i psychicznych. Wśród tych schorzeń uzależnienia obejmują oba te czynniki, a alkoholizm wyróżnia się, jako jeden z najniebezpieczniejszych. Uzależnienie definiuje się w literaturze jako „zespół zjawisk psychicznych lub fizycznych wynikających z działania tych środków lub substancji na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi” (Jędrzejko, Kowalewska, 2010, s. 15). Uzależnienie od alkoholu zaliczane jest, obok lekomanii, zażywanie dopalaczy, narkomanii i nikotynizmu, do grupy uzależnień chemicznych, tj. takich, w których czynnikiem uzależniającym (specyfikatorem) jest alkohol, (Jędrzejko, Kowalewska, 2010). Obok uzależnień chemicznych wyróżnia się dużą, stale rosnącą grupę uzależnień behawioralnych, do której zalicza się nałogowe zachowania człowieka, m.in. hazard, zakupoholizm czy fonoholizm (Grzegorzewska, Cierpiałkowska 2018). Uzależnienie od alkoholu jest jednostką chorobową, „ponieważ

narusza stan równowagi między zdrowiem a patologią, charakteryzuje się swoistą etiologią (polietiologia), a wśród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny, bowiem alkohol oddziałuje na OUN, głównie na mózg, który z kolei reaguje na wszelkie zmiany w składzie chemicznym krwi (aspekt patofizjologiczny), jest anatomicznym podłożem życia psychicznego (aspekt psychologiczny), umożliwia kontakt z innymi ludźmi i podlega wpływom społecznym (aspekt socjologiczny)” (Woronowicz, 2017, s. 173). Alkoholizm obejmuje zatem chorobowe zmiany o charakterze psychosomatycznym i negatywnie rzutuje na funkcjonowanie społeczne jednostki, tak w wymiarze wspólnotowym, jak i zawodowym.

Przyczyny alkoholizmu mogą być różne, jedną z nich jest nadużywanie alkoholu. Kiedy spożywane są duże ilości alkoholu, organizm przyzwyczaja się do jego obecności, co prowadzi do mimowolnej chęci na więcej. Powstrzymanie się od alkoholu powoduje objawy odstawienia, w tym drżenie kończyn i języka, tachykardię, nadciśnienie, pocenie się, problemy żołądkowo-jelitowe, złudzenia i czasami łagodne halucynacje, a także niepokój, drażliwość, ból głowy i bezsenność. W niektórych przypadkach mogą nawet wystąpić zaburzenia świadomości (Woronowicz, 1993).

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi alkoholizmu jest regularność spożywania alkoholu. Nawet niewielkie ilości alkoholu spożywane konsekwentnie i często dają takie same efekty, jak spożywanie większych ilości. Ponadto, predyspozycje genetyczne i czynniki środowiskowe mogą również odgrywać rolę w wystąpieniu tej choroby (Woronowicz, 1993).

Może się wydawać, że alkoholizm dotyka wyłącznie osoby uzależnione, jednak założenie to byłoby błędne. Wpływ alkoholu wykracza poza jednostkę i wpływa na większe grupy, takie jak rodzina i społeczeństwo. Alkohol może podlegać do różnych form niekontrolowanych zachowań, często przeradzających się w agresję i przemoc. To agresywne zachowanie jest zazwyczaj skierowane w stronę najbliższych alkoholikowi i jest desperacką próbą uświadomienia im rozmiaru swojej choroby. Ofiarami przemocy spowodowanej alkoholem mogą być zarówno członkowie rodziny, jak i niczego niepodważające osoby, takie jak sąsiedzi lub nieznajomi napotkani na ulicy. Nadmierne spożycie alkoholu często prowadzi do innych zachowań patologicznych, w tym do kradzieży, napaści, a nawet gwałtu (Gaś, 1993). Należy w tym kontekście podkreślić rolę prawidłowo funkcjonującej rodziny w zapobieganiu uzależnieniu od alkoholu. Istotny jest tu zwłaszcza pozytywny wpływ środowiska rodzinnego na rozwój moralny, postaw rodzicielskich, cech ich osobowości oraz normy wychowawcze. To dorośli w rodzinie

bowiem „odpowiadają za zaspokojenie potrzeb dziecka, ale również stanowią dla niego psychiczny i fizyczny kontekst świata” (Marszałek, 2014, s. 88). Wszelkie zaburzenia w tych obszarach osłabiają więź dziecka z rodziną, zwłaszcza gdy czynnikiem osłabiającym te więzi jest alkohol. W gospodarstwie domowym alkoholika cała energia dziecka jest pochłaniana przez potrzebę utrzymywania zaprzeczeń i ochrony rodziny, nie pozostawiając miejsca na rozwój osobisty i niezależne myślenie.

Dzieci w takich środowiskach doświadczają ciągłej niepewności, niepokoju i rosnącego poczucia nieufności. Czują się zagrożone, zagubione i przytłoczone nieprzewidywalnym światem dorosłych, co skutkuje niedojrzałością emocjonalną. W rodzinie alkoholowej dzieci uczą się „kontrolować” zachowanie innych i dostosowywać swoje własne stany emocjonalne do stale zmieniających się nastrojów alkoholika.

Jedną z głównych konsekwencji dorastania w rodzinie dotkniętej alkoholizmem jest nieprawidłowy rozwój niezależnej tożsamości, zakorzenionej w spójnym poczuciu siebie. Zaprzeczając realności swojej sytuacji, dzieci są pozbawione możliwości prawdziwego zrozumienia siebie i dojrzałości emocjonalnej. Dzieci te często identyfikują się z rodzicem alkoholikiem, dzieląc swoje poczucie bezsilności i nieadekwatności. Ponadto wiele z nich już od najmłodszych lat rozwija niezwykle dojrzałe poczucie odpowiedzialności i zobowiązań. Jednak to poczucie obowiązku służy jedynie, jako fasada, maskująca ukryte poczucie bezradności i rozpacz, ponieważ często nie udaje im się powstrzymać destrukcyjnych nawyków alkoholowych rodziców.

W rezultacie osoby, które doświadczyły takiego wychowania, często zmagają się z krytyką, złością i wszechobecnym niepokojem. Napotykają trudności w budowaniu relacji intymnych, opartych na zaufaniu, gdyż zacierają się granice pomiędzy własnymi obowiązkami, a potrzebami i emocjami innych. Ponadto odczuwają pragnienie zależności, które często skrywają lub tłumią w sobie (Sztander, 1993). Negatywne skutki oddziaływania toksycznego środowiska rodzinnego może do pewnego stopnia równoważyć pozytywne oddziaływanie szkoły, zwłaszcza – co przynosi szczególnie dobre rezultaty na początkowych etapach edukacji – osobowości nauczyciela, która u identyfikującego się z nim dziecka wywołuje „efekt aureoli”. Możliwe jest to tylko wówczas, gdy nauczyciele starają się „poprzez szacunek dla swoich uczniów, budowanie serdecznych relacji, pełnych bliskości – właściwą postawę moralną, szczerść i autentyczność, chęć kontaktu z uczniami, empatię odmienną we wszystkich przypadkach”, kształtować u swoich uczniów właściwe postawy moralne, zachowania oraz odciągają ich od ulegania niepożądanym – wynoszonym także ze środowiska rodzinnego –

wzorce postępowania (Marszałek, 2022, s. 286). Brak właściwych relacji w środowisku rodzinnym i szkolnym to jedne z wielu czynników uruchamiających wieloetapowy proces rozwoju choroby alkoholowej.

Etap początkowy (przedalkoholowy), który rozpoczyna się od umiarkowanego picia, zgodnego z normami społecznymi. Jednak na tym etapie ludzie zaczynają odczuwać pozytywne skutki spożycia alkoholu. Atrakcyjność picia polega na jego zdolności do wywoływania relaksu, uspokojenia i snu. Może również służyć, jako „lek społeczny”, pomagający przezwyciężyć nieśmiałość.

Alkohol staje się mechanizmem radzenia sobie z negatywnymi emocjami, dzięki czemu ta faza zyskała miano „picia, jako ucieczki”. Na tym etapie organizm rozwija tolerancję na alkohol, przystosowując się do jego obecności. Zazwyczaj osoby na tym etapie nie są świadome jakichkolwiek problemów wynikających z nawyków związanych z piciem.

Czas trwania fazy przedalkoholowej może trwać kilka miesięcy, a nawet lat. W fazie ostrzegawczej (prodromalnej) następuje zwrot w kierunku wewnętrznego przymusu spożywania alkoholu, chociaż nadal można się mu oprzeć. Osoba aktywnie poszukuje okazji do picia, przewyższając częstotliwość otaczających ją osób. Może popijać samotnie, ukrywając swoje działania przed innymi, jednocześnie odczuwając poczucie wstydu i unikając dyskusji na temat alkoholu.

W miarę upływu czasu osoba zaczyna dostrzegać zmiany w swoich nawykach związanych z piciem, ale próbuje racjonalizować i uzasadniać te zmiany. Na tym etapie często występują również nieprzyjemne objawy przypominające „silnego kaca”.

W fazie prodromalnej u osób mogą wystąpić zaburzenia pamięci zwane palimpsestami. Palimpsesty te objawiają się niemożnością przypomnienia sobie dokładnej sekwencji zdarzeń w okresach zatrucia alkoholem, pomimo nie utraty przytomności pod wpływem.

Podczas przejścia do fazy krytycznej, następuje całkowita utrata kontroli nad spożyciem alkoholu. Akt spożycia nawet niewielkiej ilości alkoholu wyzwała uzależnienie, prowadząc do zmiany, w której okresy picia przeważają nad okresami abstynencji. Pomimo doświadczenia licznych negatywnych konsekwencji, ludzie nadal piją z powodu intensywnego pragnienia i stosowania takich mechanizmów, jak wyparcie.

W rezultacie zaczynają zaniedbywać swoje role społeczne, porzucać dotychczasowe zainteresowania i oddalać się od bliskich. W tej ostrej fazie mogą pojawić się objawy patologicznej zazdrości wobec współmałżonka, wynikające z osłabionej potencji osoby uzależnionej spowodowanej spożyciem alkoholu. Nieufność i wrogość wobec otoczenia

mogą również prowadzić do wybuchów agresji. Osoby w tej krytycznej fazie często zwracają się o pomoc medyczną.

W fazie przewlekłej występują wszystkie objawy uzależnienia. Na tym etapie dominują zachowania związane z długimi okresami picia. Ponadto osoby mogą spożywać alkohol w postaciach nienadających się do spożycia. Zespoły odstawienne i zaburzenia świadomości wraz z drgawkami pojawiają się w rzadkich okresach abstynencji. Na tym etapie dominują powikłania psychiczne, w tym zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji i zaburzenia nastroju.

Dodatkowo powstają powikłania somatyczne, które wpływają na różne narządy i układy, takie jak mózdzek, nerwy, serce i wątroba. Nieleczony przewlekły alkoholizm ostatecznie prowadzi do śmierci spowodowanej zatruciem lub powikłaniami alkoholowymi.

Alkoholizm charakteryzuje się cierpieniem i nieudanymi próbami złagodzenia dyskomfortu, co skutkuje używaniem alkoholu, jako mechanizmu radzenia sobie. Dyskomfort ten wynika z niemożności odnalezienia harmonii w sobie i z otoczeniem, bądź też z nadmiernej potrzeby stymulacji.

W rezultacie postępu, alkoholizm przebiega według pewnego schematu: najpierw następuje objawienie pozytywnego wpływu alkoholu na samopoczucie, po którym następuje próba uniknięcia cierpienia poprzez używanie alkoholu do regulowania stanu umysłu. Alkohol pozwala znaleźć pocieszenie w obliczu różnych form niepokoju, takich jak złagodzenie napięcia, niepokoju, strachu, poczucia nieadekwatności, winy i smutku, a jednocześnie zapewnia tymczasową przyjemność, satysfakcję lub przewidywane podniecenie.

Ta początkowa faza przechodzi w etap uzależnienia, charakteryzujący się systematyczną zależnością od alkoholu w celu regulacji własnego samopoczucia, stopniowo zastępując dotychczasowe źródła przyjemności. W miarę pogłębiania się uzależnienia, życie jednostki staje się coraz bardziej dezorganizowane, chociaż sam alkoholik może pozostać nieświadomy tego faktu. Dokładną ocenę sytuacji utrudnia system psychologicznych mechanizmów obronnych.

Z biegiem czasu alkoholik przystosowuje się do swojej choroby, stosując manipulację w celu delegowania zadań, których nie jest w stanie wykonać z powodu picia. Restrukturyzuje swoje życie tak, aby zminimalizować konsekwencje spożycia alkoholu, zmieniając styl życia, zachowanie, wartości, przekonania i krąg społeczny. Z biegiem czasu spożywanie alkoholu staje się głównym celem życia alkoholika, co prowadzi do utraty racjonalności w podejmowaniu decyzji, rozwiązywaniu problemów i planowaniu.

Ten chaos w życiu powoduje, że alkoholik wierzy, że jego nawyki związane z piciem różnią się od nawyków innych osób. Co więcej, alkoholik zdaje sobie sprawę, że picie nie przynosi już ulgi w cierpieniu, co skłania go do rozważenia szukania pomocy. Zanim jednak alkoholicy zwracają się o pomoc, próbują przejąć kontrolę nad swoim uzależnieniem samą siłą woli i podejmują różne kroki, aby ją odzyskać. Działania te polegają często na dostosowaniu tempa picia, ograniczeniu ilości i częstotliwości spożywania alkoholu, a nawet eksperymentowaniu z różnymi rodzajami napojów alkoholowych.

Alkoholik nieustannie szuka sposobów na szybkie złagodzenie objawów odstawienia. Czasem alkoholik robi dłuższe przerwy w piciu, ale nawrót jest nieunikniony ze względu na brak znaczących zmian w jego ogólnym stylu życia. Na zakończenie tej fazy jednostka staje przed wyborem: albo zdecydować się na szukanie pomocy/leczenia i zaangażować się w program samopomocy, taki jak Program Dwunastu Kroków Anonimowych Alkoholików (Wnuk, 2007), albo nadal doświadczać nasilenie problemów i powikłań, które ostatecznie prowadzą do pogorszenia zdrowia, a nawet śmierci.

Droga do powrotu do zdrowia rozpoczyna się od kluczowego etapu podjęcia i wdrożenia decyzji o dokonaniu niezbędnych zmian, które pozwolą na funkcjonowanie bez uzależnienia od alkoholu. Zmiany te obejmują różne aspekty życia, w tym postawy, przekonania, zachowania, nawyki, relacje z innymi oraz sposoby doświadczania, odczuwania, reagowania i myślenia.

Zanim jednak osoba uzależniona od alkoholu będzie mogła wejść na tę transformacyjną ścieżkę, musi najpierw uznać i zaakceptować fakt, że jest chora. Następnie musi uwierzyć w możliwość powstrzymania się od alkoholu przez dłuższy okres, nabrać pewności siebie i innych, a ostatecznie dokonać wzrostu asertywności poprzez aktywne uczestnictwo w programie terapii uzależnień i/lub Programie Dwunastu Kroków oferowanym przez Anonimowych Alkoholików. Powrót do zdrowia należy kontynuować wraz z ciągłym procesem utrwalania osiągniętych zmian przy pomocy terapeutów. Na tym etapie szczególny nacisk kładzie się na zdobywanie umiejętności zapobiegania nawrotom.

Warto zauważyć, że przyczyny zróżnicowanego poziomu spożycia alkoholu i rozwoju alkoholizmu pozostają nieuchwytnie. Pomimo podobnych wzorców picia, niektórzy piją mniej, inni więcej, niektórzy popadają w alkoholizm, a inni nie. Podjęto wiele wysiłków, aby rozwikłać te tajemnice. Na pytanie, dlaczego spożywają alkohol, różne osoby udzielają szeregu odpowiedzi, do których należą: gaszenie pragnienia, zwiększenie relaksu, dobre samopoczucie, kultywowanie obyczajów społecznych, szukanie przyjemności, złagodzenie stresu w domu, zwalczanie objawów depresji, łagodzenie nudy, uleganie presji

rówieśników, używanie alkoholu, jako środka nasennego, szukanie statusu społecznego wśród rówieśników, wyrażanie buntu wobec władzy lub rodziców, łagodzenie objawów kaca (Chodkiewicz 2006; Lindenmeyer, 2007). Powyższa lista ta nie jest w żaden sposób wyczerpująca.

Szeroki wachlarz odpowiedzi pozwala zbadać motywacje leżące u podstaw spożywania alkoholu. Ludzie spożywają napoje alkoholowe między innymi dla: zwiększenia poczucia własnej wartości, dobrej zabawy, łagodzenia napięcia, łagodzenia poczucia winy, a nawet w celach manipulacyjnych. Pijąc, ludzie mogą szukać współczucia u innych lub uzyskać wyrozumiałość za lekkomyślne zachowanie okazywane w stanie nietrzeźwości.

Zasadniczo spożycie alkoholu można przypisać dwóm głównym czynnikom: powodom społecznym, takim jak uleganie presji rówieśników czy udział w uroczystych wydarzeniach, oraz powodom indywidualnym, przez które jednostka poszukuje pożądanego efektów spożycia alkoholu.

Przyczyny uzależnienia pozostają tematem złożonym, gdyż wciąż brakuje dokładnych badań nad jego rozwojem. Jednakże powszechnie przyjmuje się, że uzależnienie wynika z połączenia czynników społecznych, duchowych, psychologicznych i biologicznych. Na poziom uszkodzeń narządów i szybkość rozwoju uzależnienia duży wpływ ma dojrzałość organizmu, zwłaszcza centralnego układu nerwowego.

Rozpoczęcie spożywania dużych ilości alkoholu w określonym wieku jest istotnym czynnikiem późniejszego rozwoju uzależnienia. Postęp w kierunku uzależnienia przebiega w kilku odrębnych etapach, zaczynając od początkowej ekspozycji na alkohol w dzieciństwie lub okresie dojrzewania.

Etapy te obejmują zażywanie eksperymentalne, podczas którego jednostka próbuje różnych rodzajów alkoholu lub substancji, używanie społeczne w określonych grupach rówieśniczych (pracy lub środowisku rodzinnym), zażywanie nawykowe charakteryzujące się uzależnieniem psychicznym, a ostatecznie pełne uzależnienie charakteryzujące się zarówno objawami fizycznymi, jak i psychicznymi.

Warto zauważyć, że osoby poniżej 20. roku życia nadużywające alkoholu mogą w ciągu kilku miesięcy popaść w uzależnienie. W przypadku osób w wieku od 20 do 25 lat średni czas do wystąpienia uzależnienia wynosi około 3-4 lata. Poza tym przedziałem wiekowym, okres uzależnienia może trwać kilka lat, a nawet dekadę, chociaż indywidualne okoliczności mogą wpływać na długość tych etapów.

Ważne jest także podkreślenie istnienia różnych predyktorów, które zniechęcają do spożywania alkoholu (Zieliński, 2006; Błachut i in. 2007). Do ograniczenia spożycia

alkoholu mogą przyczyniać się różne czynniki, takie jak ograniczenia finansowe, negatywne reakcje fizjologiczne, angażowanie się w alternatywne zajęcia, realizowanie odmiennych zainteresowań czy dezaprobata ze strony najbliższego otoczenia (znajomych, rodziny, współpracowników). Ponadto, jednostki mogą zdecydować się na abstynencję od alkoholu ze względu na odejście od hedonistycznego stylu życia lub przynależność do grup religijnych lub kulturowych, które zniechęcają do picia lub go zabraniają.

Zarazem jednak są predyktory zachęcające do spożywania coraz większych ilości alkoholu. Należą do nich trudności w regulacji emocji, powodujące, że poprzez intensyfikację picia osoba uzależniona dąży do utrzymania lub wzmocnienia pozytywnych doświadczeń z utrzymywanych relacji towarzyskich. Potwierdzenie własnej wartości w oczach bezpośredniego otoczenia zaliczane jest do najsilniejszych predyktorów intensywnego spożywania alkoholu w sytuacjach społecznych (Rydzewska i in., 2023, s.117).

Szkodliwe społeczne skutki nadużywania alkoholu są liczne i obejmują problemy związane z osobami spożywającymi alkohol, takie jak bezrobocie, samobójstwa, skrócenie średniej długości życia (o 10-20 lat), zaburzenia rozwoju psychofizycznego i wykształcenia nastolatków, bezdomność i włóczęgostwo. Nadużywanie alkoholu wpływa również negatywnie na życie rodzinne, prowadząc do konfliktów, przemocy, niechcianych ciąży, degradacji moralnej, dewiacji seksualnych, zubożenia, rozpadu rodziny, oraz powodując zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne u dzieci i innych członków rodziny.

W miejscu pracy problemy związane z alkoholem objawiają się zwiększoną absencją (około 30%), zmniejszoną produktywnością (spadek o 30-70%), obniżoną jakością pracy i większą częstością wypadków (2-3 razy większą). Osoby nietrzeźwe w znaczący sposób przyczyniają się do naruszania prawa i porządku, odpowiadając za około 25% ogólnego wskaźnika przestępczości, 20% wypadków drogowych oraz zakłócających spokój zachowań w przestrzeni publicznej, w tym agresję i chuligaństwo (Lindenmeyer, 2007).

Niestety w Polsce już od najmłodszych lat dzieci mają kontakt z różnymi napojami alkoholowymi podczas uroczystości rodzinnych, takich jak urodziny, imieniny czy wesela. Normy kulturowe panujące w polskim społeczeństwie pozwalają nawet najmłodszym osobom na spożycie piwa, czy skosztowanie wina. Nie dziwi, zatem już fakt, że młodsze pokolenia coraz częściej sięgają po alkohol, a wiek inicjacji z roku na rok się obniża.

Nierzadko zdarza się, że młodzież regularnie spożywa alkohol. Okres dojrzewania charakteryzuje się znaczącymi przemianami fizycznymi i psychicznymi. W miarę jak

nastolatki starają się odnaleźć swoje miejsce w świecie i kształtować swoją tożsamość, często sięgają po eksperymentowanie z różnymi substancjami, w tym alkohol, jako sposób wyrażania siebie.

Powody, dla których dzieci zaczynają spożywać alkohol, są różne. Mogą pić, aby dopasować się do rówieśników, czy to na imprezie, czy w nocnym klubie, kierując się chęcią wywarcia wrażenia na innych i doświadczenia poczucia dorosłości. Wpływ przyjaciół może być przytłaczający i sprawiać, że trudno będzie im oprzeć się presji społecznej i powiedzieć „nie” wobec akceptacji ze strony rówieśników.

Ponadto, młode osoby mogą sięgnąć po alkohol, ponieważ uważają, że dorośli popierają ich nawyki związane z piciem. Czasami sami rodzice przejawiają postawy normalizujące spożycie alkoholu ze względu na własne zmagania z problemami alkoholowymi w gospodarstwie domowym. Alkohol jest często postrzegany, jako sposób na ucieczkę od monotonnej rzeczywistości życia lub paraliżujących problemów osobistych. Może również zapewnić tymczasowy wzrost pewności siebie, czyniąc jednostki bardziej towarzyskimi i rozmownymi, szczególnie w przypadku nieśmiałych nastolatków. Dla nastolatków spożywanie alkoholu może być również aktem buntu, sposobem na ugruntowanie swojej niezależności i wolności wyboru. Warto zauważyć, że znaczna część nastolatków sięga po alkohol przed osiągnięciem dorosłości.

Na częstość występowania alkoholizmu wśród młodych osób duży wpływ ma łatwa dostępność napojów alkoholowych. Wynika to przede wszystkim z braku weryfikacji wieku w sklepach, co w milczeniu oznacza zgodę na pozwalanie sobie na picie. Natomiast konsekwencje wczesnego narażenia na alkohol są różnorodne i obejmują niekorzystne skutki zdrowotne, trudności w uczeniu się i rozwój zachowań patologicznych.

Co ciekawe, gdy rodzice surowo zabraniają swoim dzieciom spożywania alkoholu, często wzbudza to ich ciekawość. Urok zakazanego owocu staje się coraz bardziej nie do odparcia.

Wzorce i nawyki związane z piciem ukształtowane w młodości zwykle utrzymują się i pogłębiają w wieku dorosłym, dając początek odrębnemu rytuałowi i stylowi picia. W przypadku osób, które jedynie okazjonalnie spożywały alkohol w towarzystwie, przestrzegając przyjętych norm społecznych, ich stosunek do alkoholu w wieku dorosłym pozostaje podobny – spożycie sporadyczne i umiarkowane.

Jednakże u osób, które w okresie dojrzewania spożywały alkohol w większych ilościach i częściej, ryzyko uzależnienia od alkoholu w okresie dojrzewania jest zwiększone, co prowadzi do nawracającego problemu alkoholizmu w wieku dorosłym. Niestety, młodzi

ludzie mają tendencję do lekceważenia potencjalnych konsekwencji zdrowotnych związanych z piciem wódki lub innych napojów alkoholowych, błędnie wierząc, że alkoholizm ich nie dotyczy.

Jeśli chodzi o uzależnienie od alkoholu, warto zauważyć, że młode osoby potrzebują mniejszych ilości, aby rozwinąć uzależnienie. Samo spożywanie alkoholu ma szkodliwy wpływ na ich zdolności poznawcze, zniekształcając logiczne myślenie oraz pogarszając percepcję i pamięć, co ostatecznie prowadzi do negatywnych wyników w nauce.

Nadużywanie alkoholu wśród młodych ludzi jest także katalizatorem różnych zachowań patologicznych, w tym między innymi chuligaństwa, brutalnych sprzeczek, podejmowania ryzykownych czynności seksualnych z wieloma partnerami, napaści fizycznych i kradzieży. W miarę jak młodzi ludzie tracą kontrolę nad spożyciem alkoholu, stopniowo tracą poczucie siebie. Uzależnienie od alkoholu, co szczególnie groźna dla osoby młodej, jest jednym z jedenastu czynników wykluczenia społecznego. Jednym z jego korelatów jest wykluczenie normatywne, wynikające faktu, iż osoby uzależnione częściej niż inne wchodzą w konflikt z prawem (Fidelus, 2016, s. 58-59).

Dane statystyczne pokazują, że inicjacja spożycia alkoholu następuje zazwyczaj w wieku od 11 do 15 lat, przy czym chłopcy wykazują wcześniejsze i częstsze spożycie alkoholu w porównaniu z dziewczętami. W świetle badań Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom za 2023 roku w perspektywie średniookresowej problem spożywania alkoholu przez młodzież wykazuje trend spadkowy, ale nadal jego skala jest niepokojąca. Według danych z 2021 roku 66% uczniów w wieku powyżej 18 lat (74% w 2018 roku) uczniów przynajmniej raz piło piwo, 62% (tak samo jak w roku 2018) – wódkę i inne mocne alkohole, a 37% (43% w 2018 roku) – wino. Równie niepojąco przedstawiają się – pomimo zauważalnych spadków statystyki upijania się. W tym samym 2021 roku co najmniej raz w roku upiło 43% uczniów w wieku powyżej 18 lat (w 2018 roku – 44%). Co najmniej trzykrotnie w ciągu miesiąca zdarzyło się to 13% uczniów tym wieku (istotnie częściej chłopcom niż dziewczynom). W 2021 roku najczęściej wielokrotne upijanie się deklarowali uczniowie szkół branżowych (54%). Zauważalna jest też zależność między skłonnością do upijania się a statusem ucznia. Istotnie częściej upijali się uczniów z niskimi ocenami (50%) niż bardzo dobrymi i celującymi ocenami (31%). Zarazem nie w cytowanych badaniach nie stwierdzono korelacji między wykształceniem rodziców, a upijaniem się ich dzieci (Malczewski, Jabłoński, 2023, s. 11-12). Podobnie kształtuje się sytuacja w zakresie spożycia alkoholu w Polsce w młodszych grupach wiekowych (Fala, 2023, s. 40-41).

Wobec powyższego, niezwykle istotne jest podnoszenie świadomości młodych ludzi na temat skali tego problemu, zniechęcające ich nawet do spożywania niskoprocentowych napojów alkoholowych, takich jak wino czy piwo. Niezwykle ważne jest także uwrażliwianie młodych ludzi na wszelkie oznaki nadużywania alkoholu, jakie przejawiają ich rówieśnicy. Budowanie silnych relacji z rodzicami stanowi skuteczny bufor, chroniący młodych ludzi przed różnymi problemami.

W kontaktach terapeutycznych z osobami dorosłymi, uzależnionymi od alkoholu jednym z największych wyzwań okazuje się motywowanie ich do podjęcia leczenia. Zaprzeczanie problemom osób uzależnionych wynika bezpośrednio z mechanizmów samej choroby, na które składają się złudzenia i wyparcie (Hardell i in., 2002). Mechanizm ten, nazywany również mechanizmem iluzji i zaprzeczeń, jest charakterystyczny dla osób uzależnionych, w tym uzależnionych od alkoholu. Jego istotą jest „nieadekwatne postrzeganie siebie i otaczającej człowieka rzeczywistości, spowodowane ścieraniem się negatywnych informacji o szkodach powodowanych piciem z sygnałami wskazującymi na rosnące zapotrzebowanie na pozytywne emocjonalne efekty picia, a następnie uruchomieniem mechanizmu redukcji dysonansu poznawczego, powoduje zniekształcenie odbioru i interpretacji świata” (Włodarczyk, 2016, s. 21). Osoba dotknięta chorobą alkoholową tworzy zatem nieprawdziwy obraz samego siebie, aby przynajmniej we własnych oczach pomniejszyć skalę problemu, z którym się zmagają.

W miarę pogłębiania się uzależnienia osoba izoluje się w związku z powyższym, od sytuacji życiowych i lekceważy negatywne sygnały płynące zarówno od innych, jak i własnego ciała. Izolacja ta służy ochronie ich wizerunku i uzasadnia ich dalsze nawyki związane z piciem. W miarę postępu uzależnienia jednostki zaniedbują alternatywne przyjemności i zainteresowania, decydując się na picie pomimo świadomości szkodliwego wpływu na swoje zdrowie.

Cele leczenia alkoholizmu obejmują kilka aspektów, w tym: ograniczenie spożycia alkoholu, leczenie alkoholowych zespołów odstawiennych poprzez uzupełnianie niedoborów żywieniowych i braku równowagi w poziomie wody i elektrolitów, a także podawanie leków łagodzących drgawki i stany lękowe. Ponadto, leczenie obejmuje ograniczenie powikłań wynikających z alkoholizmu za pomocą różnych metod, takich jak psychoterapia i terapia zajęciowa, w warunkach ambulatoryjnych lub w specjalistycznej placówce (Hardell i in., 2004).

Podejście do leczenia alkoholizmu jest kompleksowe i obejmuje kilka strategii. Po pierwsze, kluczowym krokiem jest detoksykacja alkoholowa, której celem jest zajęcie się zespołem odstawienia alkoholu (AZA).

U osób uzależnionych od alkoholu AZA występuje i zwykle objawia się od kilku do kilku godzin po zmniejszeniu spożycia alkoholu. Proces detoksykacji koncentruje się na: eliminacji toksyn powstałych na skutek zatrucia alkoholem i zmian w metabolizmie alkoholu, skorygowaniu zaburzeń równowagi wodno-elektrolitowej, łagodzeniu psychicznych i fizycznych objawów odstawienia, leczeniu chorób związanych z alkoholem oraz zapobieganiu i leczeniu powikłań, takich jak padaczka alkoholowa i delirium związane z alkoholem. Ponadto, odgrywa istotną rolę w motywowaniu pacjentów do rozpoczęcia i kontynuowania leczenia uzależnienia (Hardell i in., 2002).

Aby rozpocząć proces detoksykacji alkoholowej, niezbędna jest wszechstronna ocena stanu pacjenta. Obejmuje ona gromadzenie informacji o jego historii medycznej, wcześniejszych chorobach, urazach i leczeniu, a także o stopniu nasilenia uzależnienia od alkoholu i wszelkich przeszłych doświadczeniach z alkoholowym zespołem odstawiennym.

Dodatkowo, należy przeprowadzić dokładne badanie ogólnego stanu zdrowia pacjenta, w tym układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, a także ocenę neurologiczną. Należy także ocenić stan psychiczny pacjenta, biorąc pod uwagę jego stan świadomości, zdolność komunikowania się, obecność jakichkolwiek objawów wskazujących na psychozę, stany lękowe, lękowe, zaburzenia snu, objawy depresyjne, zaburzenia pamięci.

W celu złagodzenia objawów odstawienia alkoholu stosuje się interwencje farmakologiczne, które mogą obejmować nieuzależniające leki uspokajające, nasenne, przeciwdrgawkowe, przeciwdepresyjne, płyn wieloelektrolitowy, glukozę z witaminami, antybiotyki i uzupełniające płyny w celu przywrócenia równowagi elektrolitowej. Przez cały proces detoksykacji pacjent powinien znajdować się pod całodobową opieką lekarską.

Pamiętać trzeba, że samo leczenie farmakologiczne nie powinno być traktowane, jako lekarstwo na uzależnienie od alkoholu, niezależnie od stosowanych konkretnych leków. Przeprowadzono badania kliniczne kilku leków, które okazały się obiecujące w wydłużaniu abstynencji lub ograniczaniu spożycia alkoholu. Akamprozat, a także leki blokujące receptory opioidowe, takie jak naltrekson i nalmefen, zostały uznane za medycznie sprawdzone metody leczenia (Schoemaker i in., 2005).

Natomiast istotnym elementem programu placówki terapeutycznej są indywidualne spotkania z terapeutą. Zawierany jest pakt terapeutyczny, dzięki któremu terapeuta może

zdiagnozować problem alkoholowy i opracować kompleksowy plan pomocy. Dzięki tym indywidualnym sesjom osoba uzależniona wyrusza w podróż do samopoznania, stawiając czoła wyniszczającym skutkom alkoholizmu.

Terapia grupowa okazała się skuteczna w leczeniu uzależnienia od alkoholu, szczególnie w rozwiązywaniu problemów związanych z relacjami interpersonalnymi. Dużą rolę w tym zakresie odgrywają grupy wsparcia, takie jak Anonimowi Alkoholicy, Dorosłe Dzieci Alkoholików, Grupy Krewnych i Przyjaciół Alkoholików oraz różne inne inicjatywy. Oprócz tych organizacji funkcjonują zajęcia edukacyjne, których celem jest przekazywanie wiedzy na temat alkoholu, jego skutków oraz informacji na temat alkoholizmu.

Na rynku znajdują się także szkolenia psychologiczne m.in. treningi asertywnych zachowań abstynenckich, treningi interpersonalne, treningi asertywności, treningi rozwiązywania konfliktów dla par, treningi umiejętności rodzicielskich. Szkolenia te skupiają się na rozwijaniu umiejętności niezbędnych do poruszania się w różnych sytuacjach społecznych.

Skutecznie radząc sobie z trudnymi okolicznościami, można zmniejszyć prawdopodobieństwo nawrotu choroby (Hardell i in., 2002). Brown opracował model zdrowienia, który uwzględnia wielowymiarowy i złożony charakter procesu, zakorzeniony w teorii rozwoju człowieka. Model ten obejmuje różne fazy, z których każda ma określone zadania rozwojowe.

Faza picia charakteryzuje się tym, że główną motywacją jest alkohol, pochłaniający uwagę i spychający inne obowiązki na dalszy plan. Utrzymuje się zaprzeczanie alkoholizmowi i wiara w kontrolowanie picia. Punkt zwrotny, znaczący w życiu człowieka, wyznacza moment zmiany tej fazy (Myung, 2009). Podróż w kierunku transformacji rozpoczyna się w momencie, gdy człowiek sięga dna i poddaje się utracie kontroli nad spożyciem alkoholu. Ten kluczowy moment wyznacza początek fazy przejściowej, w której zaczynają pojawiać się pęknięcia w rozumowaniu alkoholika i uzasadnieniach jego zachowania. Zaprzeczenie zostaje rozbite, a wcześniej wyznawane przekonania i punkty widzenia zostają poddawane w wątpliwość.

W tym momencie osoby uznają swój brak kontroli nad alkoholem i swój status alkoholika. Wyrывают się ze społecznej izolacji, szukają wsparcia, stopniowo odnajdują poczucie bezpieczeństwa i przynależności wśród innych alkoholików. Ta wczesna faza zdrowienia stanowi stabilną kontynuację fazy przejściowej, podkreślając wagę wzmocnienia nowej tożsamości alkoholika i głębokiej wiary w utratę kontroli nad spożyciem alkoholu. Jednostka zaczyna odbudowywać relacje rodzinne, społeczne i zawodowe, przechodząc

zmianę światopoglądu i zyskując szerszą perspektywę i zwiększoną świadomość. Zaczyna postrzegać siebie i otaczający ich świat w nowym świetle, jednocześnie otrzymując wsparcie od innych.

1.3. Alkoholizm jako problem społeczny

Najwcześniejsze formy napojów alkoholowych powstały w efekcie naturalnej fermentacji winogron i ziaren jęczmienia. Od czasów powstania napojów alkoholowych zauważono, że spożywanie alkoholu etylowego, związku chemicznego, może mieć szkodliwy wpływ na organizm ludzki i stawać się problemem społecznym.

Odniesienia do tego tematu można znaleźć w różnych starożytnych tekstach, m.in. w Biblii (Dzik, 2017), Talmudzie (Herberger, 2014). Określenie czasu, w którym po raz pierwszy uzyskano czysty alkohol (destylat), jest trudne. Uważa się, że proces destylacji odkrył arabski lekarz Phazes, co mogło nastąpić jeszcze przed narodzinami Chrystusa.

Starożytni egipscy kapłani znali destylację, ponieważ podczas ceremonii religijnych polewali alkoholem swoje mokre nakrycia głowy i podpalali, tworząc wokół głowy ognistą aureolę, która budziła szacunek u ludzi. Źródła pisane wskazują, że Arystoteles, wybitny filozof starożytnej Grecji, mógł mieć styczność z czystym alkoholem, który otrzymywał poprzez gotowanie wysokoprocentowego greckiego wina, zwanego „winem palonym” lub vinum ustum (Woronowicz, 2017).

Praktyka destylacji zyskała popularność w XV wieku. Przyjmuje się, że mocne napoje alkoholowe sprowadzono do Polski z Czech, lub z Prus. Z biegiem czasu nadmierne spożycie zarówno wysokoprocentowych, jak i niskoprocentowych napojów alkoholowych zaczęło powodować różne problemy. W ostatnich latach zauważalny jest wzrost zagrożeń związanych z alkoholem, co można wiązać z agresywną reklamą i szeroką dostępnością napojów alkoholowych (Woronowicz, 2017).

Wraz z ewolucją społeczeństwa zmienia się także kultura otaczająca spożycie alkoholu. Nadużywanie alkoholu nie tylko prowadzi do poważnych problemów społecznych i zdrowotnych na poziomie indywidualnym, ale ma także szkodliwe konsekwencje emocjonalne i społeczno-ekonomiczne dla rodzin i społeczności. Niebezpieczne wzorce picia akceptowane w określonych środowiskach mogą powodować problemy psychofizyczne jednostki.

Osoby uzależnione od alkoholu doświadczają poważnych skutków zdrowotnych, które mogą prowadzić do przedwczesnej śmierci. Członkowie rodzin alkoholowych cierpią na

choroby psychosomatyczne, zaburzenia emocjonalne spowodowane stresem, oraz ubóstwo, demoralizację i ograniczone możliwości odniesienia sukcesu zawodowego. Nadużywanie alkoholu może prowadzić także do łamania przepisów prawa. Odrębnym aspektem jest naruszanie prawa związane ze sprzedażą alkoholu nieletnim, nielegalnym handlem napojami alkoholowymi oraz reklamą i promocją alkoholu (Woronowicz, 2017).

Intensywność dyskusji, jakie wywołuje spożywanie alkoholu wynika z faktu, iż towarzyszy on ludzkości przez całe dzieje i jest przedmiotem skrajnych ocen, od afirmatywnych, podkreślających jego pozytywne – w wypadku umiarkowanego spożywania – skutki zdrowotne, po jednoznaczne krytyczne, jako czynnik szkodzący zdrowiu jednostek i generujący rozliczne problemy społeczne. Współcześnie dominuje to drugie stanowisko. Jak zwraca się uwagę, alkohol przynosi niekiedy indywidualne korzyści pijącym, ale jest problemem zdrowia publicznego, wymagającym zaangażowania środków publicznych, wydatkowanych w ramach ukierunkowanych na jego poprawę polityk państwowych (Sassi, Love, 2015).

Na szczególną uwagę zasługują problemy społeczne, takie jak przestępstwa i wykroczenia popełniane przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu (Durasiewicz, 2012). Z psychologicznego punktu widzenia zachowanie osoby zmagającej się z uzależnieniem można przypisać jej słabo rozwiniętej osobowości. Na rozwój osobowości wpływają zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Nieuzasadnione jest, zatem obwinianie osoby uzależnionej za nadużywanie alkoholu, gdyż nie jest ono wynikiem działania umyślnego.

Osoby o niedojrzałej osobowości stoją przed poważnymi wyzwaniami w radzeniu sobie z przeciwnościami losu. Jeśli młody człowiek, będący obecnie w procesie kształtowania swojej osobowości, uzależni się od alkoholu, utrudnia to lub wręcz uniemożliwia jego dojrzewanie. Oznacza to, że nie są w stanie nabyć cech i umiejętności niezbędnych do poruszania się w dorosłym życiu (Kinney, Leaton, 2006).

Psychologowie próbowali zdefiniować alkoholizm, identyfikując wspólne cechy aktywnych alkoholików. Objawy powszechnie kojarzone z osobami uzależnionymi od alkoholu w rzeczywistości wskazują na zespół uzależnienia (Kinney, Leaton, 2006). Chociaż u różnych osób może rozwinąć się uzależnienie od alkoholu, ich zachowania zwykle się pokrywają. Kiedy skutki alkoholu ustają, osoby uzależnione często zachowują się wzorowo w społeczeństwie.

Według Woronowicza osoby uzależnione często wykazują takie cechy, jak: niska tolerancja na frustrację, nadmierna zależność, trudności w wyrażaniu emocji, poczucie

izolacji, niska samoocena, poczucie winy lub wyniosłość, perfekcjonizm i zróżnicowane podejście do autorytetów (Woronowicz, 2017).

Środowisko, w którym odbywa się socjalizacja, ma ogromny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia od alkoholu. Udowodniono naukowo, że występuje rodzinne przenoszenie uzależnienia (Kacprzak, 2011). Badania wykazały, że 50% dzieci, których rodzice są alkoholikami, również uzależnia się od alkoholu. Dzieci wychowujące się w rodzinach dotkniętych problemami alkoholowymi same są narażone na ryzyko uzależnienia. Jak pisze Sikorska (2015, s. 80) „rodzina, w której jeden z członków działa w sposób zaburzony (alkoholizm), funkcjonuje destrukcyjnie”, co oznacza, iż w życiu dorosłym zagrożony jest on chorobą alkoholową, powodującą degradację życia osobistego, rodzinnego, zawodowego i społecznego. Nadmienić warto, iż już ojciec amerykańskiej psychiatrii, Rush zwracał w 1785 roku uwagę, iż „nieumiarkowane używanie spirytualiów [...] przypomina pewne choroby dziedziczne, rodzinne i zakaźne”. (Woronowicz, 2017, s. 167). Wehikułem dziedziczenia jest dysfunkcjonalna, dotknięta alkoholizmem przynajmniej jednego z jej członków rodzina.

Dziedziczenie społeczne odgrywa, zatem znaczącą rolę, ponieważ wzorce obserwowane w rodzinach często powtarzają się w wieku dorosłym. Co ciekawe, odkryto, że u osób, których rodzice nie są uzależnieni, również może rozwinąć się alkoholizm. Podatne na uzależnienie mogą być także osoby wychowujące się w rodzinach przestrzegających abstynencji, gdyż brak właściwych wzorców społecznie akceptowalnej konsumpcji alkoholu może przyczyniać się do tego ryzyka (Habrata, 1998).

Alkoholizm jest często określany, jako przypadłość duchowa, obejmująca idee, wartości, sztukę, kulturę i zdolność do niezależnego osądu. Więzy tworzone z innymi posiadają także elementy duchowości. W miarę pogłębiania się uzależnienia alkohol staje się głównym tematem życia człowieka, co prowadzi do poczucia samotności i przekonania, że alkohol zapewnia pocieszenie i ułatwia interakcje społeczne. Jednostka może próbować złagodzić egzystencjalne lęki za pomocą alkoholu, nieświadoma, że wypiera to także cenne talenty, zdolności i pogłębia wewnętrzną pustkę. To utrwała cykl uzależnienia (Woronowicz, 1998).

Alkohol należy do najczęściej występujących substancji psychoaktywnych spożywanych przez polską młodzież szkolną – dziewięciu na dziesięciu uczniów w wieku 15-16 lat miało już okazję doświadczyć jego smaku. Znaczna liczba osób rozpoczęła spożywanie alkoholu przed ukończeniem piętnastego roku życia, a prawie 22% rozpoczęło spożywanie alkoholu w wieku jedenastu lat lub młodszych. Ekspertci twierdzą,

że nadużywanie alkoholu jest główną przyczyną śmierci i niepełnosprawności wśród osób w wieku od piętnastu do dwudziestu jeden lat. Ponadto szacują, że u około 3% młodych ludzi w przyszłości rozwinie się uzależnienie od alkoholu, podczas gdy znacznie więcej doświadczy różnych negatywnych konsekwencji związanych z alkoholem, takich jak: wypadki, problemy prawne, agresywne zachowanie, zwiększona podatność na przestępstwa, wczesna aktywność seksualna, konflikty z rówieśnikami i rodziną, trudności w nauce i potencjalne nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Należy jednoznacznie stwierdzić, że spożywanie alkoholu w tak młodym wieku utrudnia rozwój emocjonalny, zaburza proces dojrzewania i zmniejsza motywację do wyznaczania celów życiowych. Przede wszystkim pozbawia młodych ludzi szansy na zdobycie dojrzałych strategii pokonywania wyzwań życiowych (Sierosławski, 2007).

Van Laere zauważa, że podejmowanie zachowań ryzykownych, takich jak spożywanie alkoholu w okresie dojrzewania, utrudnia rozwój dojrzałej osobowości. Nastolatki wierzą, że picie w grupie gwarantuje akceptację i daje ucieczkę od frustracji i niepewności. Jednak w tak młodym wieku trudno jest trafnie ocenić swoje możliwości, co prowadzi do fałszywego poczucia siły i lekceważenia ograniczeń. W konsekwencji skutkuje to utratą samokontroli – jak podkreśla autorka, – chociaż wewnętrznie jest odczuwane, jako odzyskanie kontroli w znoszeniu ograniczeń (Van Laere, 2014). Tworzy iluzję nieograniczonych możliwości.

Szacunkowa populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie w naszym kraju waha się od 2,5 mln do 4 mln. Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol zajmuje trzecie miejsce pod względem ryzyka dla zdrowia populacji, a jego spożycie powoduje ponad 60 różnych chorób i urazów. Liczba zgonów związanych z alkoholem w Polsce sięga kilku tysięcy rocznie, przy czym połowa tych zgonów jest bezpośrednio przypisywana alkoholowi (PARPA, 2015).

Inną konsekwencją spożycia alkoholu jest uszkodzenie płodu, zwłaszcza, jeśli jest spożywane przez kobiety w ciąży, co może skutkować u dziecka Płodowym Zespołem Alkoholowym (FAS). FAS objawia się na różne sposoby, takimi jak niska masa urodzeniowa, zahamowanie wzrostu, osłabienie układu odpornościowego i uszkodzenie układu nerwowego (PARPA, 2015). Do głównych objawów FAS zalicza się upośledzenie funkcji poznawczych i zaburzenia zachowania (Dyr, 2006).

Badania szacują, że w Polsce uzależnionych od alkoholu jest około 900 000 osób, z czego około 80% to mężczyźni. Uzależnienie od alkoholu jest złożonym zaburzeniem bio-psycho-społecznym, które wpływa na funkcjonowanie fizjologiczne, psychiczne

i poznawcze. Jest przyczyną wielu poważnych chorób, w tym zapalenia lub marskości wątroby, zapalenia trzustki, polineuropatii alkoholowej, przewlekłych psychoz alkoholowych i alkoholowego zespołu psychoorganicznego (Gajewska, 2015). Ponadto, uzależnienie od alkoholu zakłóca życie społeczne osób dotkniętych chorobą i ich rodzin. Jest to ściśle powiązane z bezrobociem, niższym statusem społeczno-ekonomicznym i zwiększoną liczbą wypadków (Koprowicz, 2012).

U osób nadużywających alkoholu długotrwałe skutki dla centralnego układu nerwowego mogą być tak głębokie, że osiągnięcie trwałej abstynencji stanowi poważne wyzwanie. W niektórych przypadkach jednostki mogą mieć trudności ze zmianą swoich obecnych mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach bez uzależnienia od alkoholu (Kuska, 2014).

Badania sugerują, że nadużywanie alkoholu jest odpowiedzialne za około 6% zgonów przed 75. rokiem życia, oraz 20% nagłych przyjęć do szpitala (Durasiewicz, 2012). Ponadto, u osób uzależnionych od alkoholu ryzyko myśli samobójczych jest wyższe w porównaniu z populacją ogólną (Klimkiewicz i in., 2011).

Negatywny wpływ uzależnienia od alkoholu w rodzinie wykracza poza jednostkę, dotykając zarówno dorosłych, jak i dzieci i powodując różne problemy zdrowotne, psychologiczne, społeczne i finansowe. Życie z uzależnioną bliską osobą może prowadzić do współzależności, szkodliwej adaptacji, która utrudnia funkcjonowanie i upośledza zdolność trafnej oceny i rozwiązywania problemów, zarówno na poziomie osobistym, jak i całej rodziny. Osoby współzależnione często doświadczają szeregu dolegliwości psychosomatycznych, wyzwań emocjonalnych oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych. Aby uporać się z tego typu dolegliwościami, mogą sięgnąć po nadużywanie substancji psychoaktywnych, takich jak środki uspokajające, nasenne czy alkohol (Ciosek, 2011; Rys 2011).

Chociaż przemoc może wystąpić w każdym związku, badania wskazują, że jest to stosunkowo powszechne zjawisko w rodzinach borykających się z problemami związanymi z alkoholem. Rodziny te, powiązane współzależnością, przestrzegają trzech podstawowych zasad, które chronią ich problemy przed światem zewnętrznym: „nie rozmawiaj”, „nie ufaj” i „nie czuj”. Zdarza się, że ludzie wierzą, że spożycie alkoholu zwalnia ich z odpowiedzialności za swoje czyny. Przekonanie to dostarcza członkom rodziny sprawcy uzasadnienia do pozostania w związku, w którym doszło do przemocy, utrzymując nadzieję, że jeśli jednostka przestanie pić, ustanie także jej agresja (Kluczyńska, 2014).

W około dwóch trzecich zdarzeń związanych z przemocą znaczącą rolę odgrywa alkohol. Częstotliwość potwierdzonych przypadków przemocy domowej w Polsce jest niepokojąca, a dzieci dorastające w gospodarstwach domowych dotkniętych problemami alkoholowymi znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji. Życie w takim środowisku zakłóca prawidłowy rozwój tych dzieci, w tym ich rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny. Są narażone na różne trudne sytuacje, które zagrażają ich bezpieczeństwu i dobru.

Ciągły stres, jakiego doświadczają, ma szkodliwy wpływ na ich rozwój fizyczny. Ponadto dzieci te mają trudności z przystosowaniem się do otoczenia, czując się gorsze i mniej wartościowe. Mają także trudności w budowaniu zaufania i budowaniu zdrowych relacji z innymi. W rodzinach dysfunkcyjnych brakuje odpowiednich wzorców do naśladowania, norm i systemów wartości niemieszczących się w procesie socjalizacji dzieci. W efekcie część osób przenosi z domów rodzinnych dysfunkcyjne wzorce zachowań i emocji, które znacząco utrudniają im funkcjonowanie w dorosłym życiu. Zjawisko to powszechnie określa się mianem Syndromu DDA. Przywrócenie stabilności takim dzieciom wymaga długotrwałych interwencji psychoterapeutycznych (Gąsior, 2011).

Pomimo panującego w Polsce przekonania, że alkoholu i pracy nie należy mieszać, pracodawcy wciąż borykają się z szeregiem problemów związanych z alkoholem. Problemy te dotyczą przede wszystkim pracowników będących pod wpływem alkoholu w siedzibie firmy, a także pracowników pozornie trzeźwych, których stan zdrowia wynika z nadużywania alkoholu w przeszłości.

Dodatkowo, obserwuje się spadek wydajności zawodowej wśród osób pijących szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu. Problemy te niewątpliwie przyczyniają się do zwiększonej absencji, braku koncentracji, wypadków, obniżonej produktywności i napiętych relacji ze współpracownikami (Fudała, 2009).

Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu nie tylko szkodzi jednostce, ale ma także negatywne konsekwencje dla osób mieszkających w pobliżu osoby pijącej dużo. Angażowanie się w działania minimalizujące szkody wyrządzane przez alkohol, oraz zapobiegające pojawianiu się i rozprzestrzenianiu się problemów alkoholowych jest kluczowe dla przywrócenia ogólnego dobrostanu osób dotkniętych uzależnieniem.

Działania te mają na celu umożliwienie jednostkom skutecznego powrotu do ich ról społecznych. Przez społeczne konsekwencje spożycia alkoholu rozumie się zmiany, subiektywnie lub obiektywnie przypisywane skutkom alkoholu, które wpływają na społeczne zachowania jednostki lub na jej otoczenie.

Należy zauważyć, że termin „związany z alkoholem” nie oznacza, że alkohol jest jedyną przyczyną konkretnego zdarzenia, ale raczej, że alkohol może przyczyniać się do określonych zachowań lub działań. W przypadku wypadków samochodowych, bezpośrednią przyczyną wypadku może być alkohol, ale inne czynniki, takie jak nagłe manewry innych pojazdów lub niekorzystne warunki pogodowe również mogą odgrywać znaczącą rolę. Alkohol po prostu zwiększa ryzyko negatywnych skutków.

Na rozwój wzorców picia u młodych osób duży wpływ ma ich krąg społeczny, zwłaszcza przyjaciele. Wpływ ten działa w obie strony: młodzi ludzie przyciągają przyjaciół, którzy mają podobne nawyki związane z piciem, jednocześnie dobierając przyjaciół na podstawie własnych preferencji dotyczących spożycia alkoholu. Zjawisko to często określa się, jako „presję rówieśniczą”. Osoby uzależnione od alkoholu lub znajdujące się na niebezpiecznej ścieżce mogą również stworzyć niezwykle silne i wspierające przyjaźnie. Alkohol ma głęboki wpływ na stabilność emocjonalną, co znajduje odzwierciedlenie w dynamice w grupie.

Często zdarza się, że zarówno ofiara, jak i sprawca przestępstwa pochodzą z tego samego kręgu przyjaciół i znajomych alkoholików. Wśród grupy pijących znajomych, zwłaszcza młode dziewczęta, są szczególnie bezbronni. W wielu społeczeństwach kobieta pijąca alkohol jest często postrzegana, jako dostępna seksualnie. Niestety, znaczna część niechcianych kontaktów seksualnych jest wynikiem działań pod wpływem alkoholu.

Powszechnie uważa się, że działania i zachowania wiążące się z wysokim ryzykiem i szkodliwością społeczną na skutek spożycia alkoholu są oceniane mniej krytycznie niż te same działania, które podejmują osoby trzeźwe.

Ostatnie badania sugerują, że społeczeństwo nie uważa już pijaństwa za uzasadnioną wymówkę dla niewłaściwego zachowania. Systemy prawne w krajach zachodnich na ogół nie przewidują żadnej łagodności dla przestępstw popełnionych pod wpływem alkoholu, chociaż w niektórych przypadkach może dojść do skazania za nieumyślne spowodowanie śmierci, a nie morderstwo.

Jak już wspomniano wcześniej, negatywny wpływ spożycia alkoholu na wydajność pracy i rozwój kariery jest dobrze udokumentowany. Chociaż faktyczne straty produktywności spowodowane absencją pracowników spowodowaną alkoholem nie są znaczące, nie należy lekceważyć związanych z tym kosztów dla pracodawców. Badania wskazują, że większość osób opuszczających pracę z powodu problemów związanych z alkoholem to osoby pijące umiarkowanie. Ponadto, istnieje silna korelacja między bezrobociem a alkoholizmem, przy czym oba czynniki wpływają na siebie. Alkoholicy są

bardziej narażeni na utratę pracy, a bezrobocie może również przyczyniać się do zwiększonego spożycia alkoholu.

Spożywanie alkoholu ma także negatywny wpływ na edukację dzieci. Po pierwsze, osoby, których rodzice są alkoholikami, są bardziej narażone na trudności w nauce, wagary, a nawet porzucenie szkoły. Po drugie, rodzice nadużywający alkoholu mogą zaniedbywać obowiązki rodzicielskie. Dokładny zakres tego zjawiska pozostaje jednak niejasny.

Liczne badania wykazały, że nieformalna kontrola społeczna ma większy wpływ na zachowanie alkoholików niż środki prawne. Alkohol jest środkiem, który często prowadzi do dramatycznych konsekwencji społecznych, takich jak np. przemoc na wydarzeniach masowych, czy konflikty na tle rasowym. Pomimo tego, wdrażanie polityki skupiającej się wyłącznie na regulowaniu alkoholu w grupach wysokiego ryzyka (takich jak subkultury młodzieżowe, osoby uboższe i bezdomni) jest skazane na niepowodzenie. Kluczowe znaczenie ma przestrzeganie praw obywatelskich. Należy zadbać o to, aby środki karne i kontrolne nie przyczyniały się do stygmatyzacji i zaostrzania nałogu. Ponadto, należy postawić na rozwój i rozpowszechnianie działań terapeutycznych.

ROZDZIAŁ II

ZJAWISKO KOALKOHOLIZMU – PRÓBA OPISU

2.1. Sytuacja rodzin z problemem alkoholowym

Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój dzieci zmienia się wraz z ich wiekiem. Ponieważ dzieci stoją w obliczu różnych etapów rozwoju i wyzwań, niezwykle ważne jest, aby rodzice posiadali niezbędne umiejętności i aktywnie angażowali się w zapewnianie opieki i dyscypliny dostosowanych do zmieniających się potrzeb i pragnień ich dzieci. Badając rodziców podejmujących szkodliwe lub uzależniające zachowania związane z piciem, można stwierdzić, że spożywanie przez nich alkoholu w wyraźny sposób wpływa na ich zdolność do pełnienia obowiązków i funkcji rodzicielskich w procesie wychowania dzieci (Jacob i Johnson, 2000; Grzegorzewska i Cierpiałkowska, 2012).

Skutki spożycia alkoholu są szczególnie powiązane z faktem, że dziecko internalizuje wzorce zachowań pijącego rodzica, który ma ogromne znaczenie w jego życiu, poprzez identyfikację, naśladowanie i przyswajanie postaw rodzicielskich wobec alkoholu i nawyków związanych z piciem. Ponadto, pewną rolę odgrywają również pewne aspekty relacji rodzic-dziecko, np. radzenie sobie ze stresem.

Czynniki te znacząco przyczyniają się do kształtowania się wzorców picia dziecka, podobnych do wzorców picia rodziców. Jednak to czynniki bezalkoholowe budzą szczególne obawy, jeśli chodzi o wpływ rodziców. Czynniki te obejmują szersze aspekty funkcjonowania rodziców, w tym zdolność rodzica do wypełniania obowiązków rodzicielskich w zakresie opieki, kontroli i dyscypliny, oraz dynamiki relacji rodzic-dziecko w różnych kontekstach społecznych, takich jak interakcje społeczne, zabawa i sport.

Aspekty te mogą służyć, jako czynniki ryzyka lub zasoby, potencjalnie zwiększając lub zmniejszając prawdopodobieństwo wystąpienia u dzieci alkoholików problemów zdrowotnych lub szeregu zaburzeń psychicznych charakteryzujących się problemami uzewnętrzniającymi, bądź też internalizującymi (Czub, 2009).

Szkodliwe i uzależniające wzorce picia przejawiane przez rodziców odgrywają znaczącą rolę w kształtowaniu wewnętrznych mechanizmów dziecka, przyczyniających się do uzewnętrzniania problemów, które są powszechnie uznawane za mające wpływ na rozwój szkodliwych nawyków związanych z piciem i uzależnienia od alkoholu.

Wpływ pijących rodziców rozciąga się na zachowania naśladowane przez dziecko, oczekiwania dziecka dotyczące skutków alkoholu oraz wyjątkową dynamikę relacji rodzic-dziecko. Badając specyficzne mechanizmy, poprzez które przejawia się wpływ rodziców na alkohol, można rozróżnić wpływy indywidualne (teorie liniowe), wpływ diady rodzic-dziecko (konceptje interpersonalne) oraz wpływy szersze, obejmujące całą komórkę rodzinną (teorie systemowe).

Podejście liniowe skupia się przede wszystkim na badaniu indywidualnych wpływów, w szczególności wpływu jednego z rodziców na rozwój dziecka. Prowadzono w tym zakresie szerokie badania, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu, w jaki dzieci naśladowują i identyfikują się z zachowaniami rodziców, a także kształtowania oczekiwań dotyczących konsekwencji spożywania alkoholu w rodzinach borykających się z uzależnieniem (Bickelhaupt i in., 2021).

Biorąc pod uwagę, że ojcowie alkoholicy często mają osobowość dominującą i autorytarną, wzorce do naśladowania dostarczane przez bardziej uległe i podporządkowane matki mogą wydawać się mniej znaczące i atrakcyjne dla dzieci. W rezultacie dzieci znajdują się w trudnej sytuacji, musząc wybierać między utożsamianiem się z ojcem, który nadmiernie pije, a matką, która wykazuje tendencje do współzależności. W takim przypadku proces naśladowania i identyfikacji z rodzicem odgrywa kluczową rolę w rozwoju identyfikacji i tożsamości płciowej (Brown, 1995). Na późniejszych etapach życia, np. w dorosłości, osoby, które dorastały w takich środowiskach, mogą opóźnić realizację zadań rozwojowych związanych z tworzeniem związków lub rodzicielstwem ze względu na obawę przed powieleniem wzorców zachowań swoich rodziców (Leonard i Eiden, 2007).

Dzięki modelom społecznego uczenia, udało się dostrzec dwie odrębne ścieżki szkodliwych tendencji do picia wśród synów alkoholików, przy czym obie są ściśle powiązane z procesem identyfikacji z uzależnionym ojcem.

Claude Robert Cloninger (1987) nakreślił jedną ścieżkę, ujawniając, że synowie alkoholików posiadają zarówno biologiczną, jak i temperamentalną wrażliwość na alkohol, jednocześnie identyfikując się z niekontrolowanym i aspołecznym zachowaniem ojca. W okresie dojrzewania identyfikacja ze szkodliwymi wzorcami picia ojca, często prowadzi do pragnienia władzy i kontroli w rodzinie.

McCord (1988) natomiast przedstawiła drugą ścieżkę, sugerując, że przeniesienie alkoholizmu z ojca na syna następuje wtedy, gdy ojciec ma wyższą samoocenę niż matka.

Podwyższona samoocena ojca, niezależnie od jej kompensacyjnego charakteru, czyni go bardziej atrakcyjnym wzorem do naśladowania i identyfikacji.

Dodatkowo, jeśli zachowania związane z pićiem i związane z nimi relacje społeczne są wysoko cenione w środowisku, dodatkowo wzmacnia to proces identyfikacji. Jeśli niepijący rodzic ma silną osobowość i wyższą samoocenę, potomstwo z większym prawdopodobieństwem będzie naśladować jego zachowanie i identyfikować się z jego postawami i wartościami. W rezultacie wysiłki potomstwa skupiają się na powstrzymaniu się od alkoholu, co może objawiać się w postaci jawnej, aktywnej lub biernej.

Kiedy dziecko identyfikuje się z niepijącym rodzicem, często skutkuje to zahamowaniem spontaniczności i rozwojem nadmiernej samokontroli. Towarzyszy temu sztywny i wąski proces poznawczy, obejmujący percepcję i myślenie, a także zaprzeczanie i tłumienie różnych emocji, zwłaszcza negatywnych, takich jak złość i strach, co często generuje występowanie trudności w funkcjonowaniu ich dzieci w różnych sferach życia.

Identyfikacja z niepijącym rodzicem prowadzi również do przyjęcia modelu relacji między rodzicami opartego na dychotomii „wszystko albo nic”. W relacjach społecznych albo dominuje i jest postrzegany, jako „lepszy”, albo ulega i jest postrzegany, jako „gorszy”. Ten wzorzec doświadczeń i funkcjonowania interpersonalnego nazywany jest współzależnością.

Dorośle dzieci alkoholików często tworzą związki miłosne lub partnerstwa, w których dominują uzupełniające się wzorce relacji i komunikacji. Dzieje się tak, dlatego, że ich rodzice działali w zмовie, opierając się na wzajemnej zależności i strachu przed niezależnością. Skrętowska, podaje, że: „jeśli DDA tworzą związki partnerskie, trudno jest im zachowywać spokojną bliskość, gdyż obawiają się jej utraty. Często więc utrzymują duży dystans do partnera. Czasem, gdy w relacji partner »nadmiernie« się zbliża, uruchamiają (oczywiście nieświadomie) tendencje do wycofania i zepsucia relacji, aby w ten sposób zachować iluzję swojej sprawczości (to ja porzucę, a więc nie zostanę porzucona)” (Skrętowska, 2012).

Podsumowując, jest bardziej prawdopodobne, że dziecko będzie naśladować wzorce picia ojca, lub wzorce zachowania matki, jeśli w jego relacji z rodzicem występują warunki zgodne z ogólną teorią uczenia się behawioralnego od rodziców. Kiedy młoda osoba dorasta w domu, w którym dominuje alkoholizm, może albo przyjąć takie samo zachowanie i mieć poczucie niewrażliwości oraz braku granic, albo może utożsamić się z uległą i pasywną postawą drugiego rodzica.

Rozwój zaburzeń zachowania i tożsamości u dzieci rodziców nadużywających alkoholu jest silnie powiązany ze stopniem, w jakim rodzina zaprzecza istnieniu problemów alkoholowych (Brown, 1995). W rodzinach, w których oboje rodzice nadużywają alkoholu i nie chcą przyznać się do utraty kontroli, modelowanie staje się poważnym problemem. W takich przypadkach jest mało prawdopodobne, że dziecko zetknie się z alternatywnym wzorem do naśladowania.

Dziecko pozbawione odpowiednich wzorców, z którymi może się związać i możliwości wypracowania własnego, niezależnego sposobu funkcjonowania, aby zachować poczucie bezpieczeństwa i przynależności, musi opierać się na światopoglądzie prezentowanym przez rodziców. W konsekwencji dziecko akceptuje „prawdy” i wartości rodziców, rezygnując z eksploracji najbliższego otoczenia w oparciu o osobiste doświadczenia. To zaburzenie w rozwoju poznawczym i emocjonalnym ma głęboki wpływ na postęp dziecka w kolejnych etapach życia.

W dziedzinie terapii dzieci alkoholików zaobserwowano, że większość tych dzieci pochodzi z rodzin, w których rodzice podjęli inicjatywę poszukiwania leczenia i przyznania się do swojego uzależnienia od alkoholu (Brown, 1995).

Różne czynniki wpływają na to, czy dzieci naśladowują rodziców, na przykład etap rozwojowy, na którym pojawia się problem uzależnienia, czy znaczenie alkoholu w dynamice rodziny. Akt modelowania wykracza poza samo spożycie alkoholu i obejmuje wzorce regulacji emocjonalnej, samodyscypliny, powiązania międzyludzkie i style komunikacji. Ponadto, dzieci mają tendencję do przejmowania przekonań rodziców dotyczących odpowiedzialności i strachu przed utratą kontroli. Dla wielu dorosłych, którzy dorastali z rodzicami alkoholikami, zaprzeczanie jakimkolwiek oznakom słabości i utraty kontroli staje się kluczowym aspektem na drodze do ustalenia poczucia siły i samodyscypliny w różnych aspektach życia. Ich głównym celem jest unikanie pułapek związanych z byciem niesfornym i szkodliwym alkoholikiem lub biernym i zależnym rodzicem, jak podkreślają Park i Schepp (2015).

Na rozwój dziecka istotny wpływ mają pośrednie skutki alkoholizmu rodziców. Konsekwencje te obejmują przyjmowanie na siebie nadmiernej odpowiedzialności, doświadczanie zaburzeń socjalizacyjnych i zmaganie się z konfliktem pomiędzy utrzymywaniem więzi rodzinnych (poprzez zaprzeczanie i wypaczanie podstawowych przekonań rodzinnych), a jednocześnie pragnienie separacji, niezależności i włączenia do świata zewnętrznego. Ponadto wychowywanie się w domu, w którym występuje problem nadużywania alkoholu, praktycznie zawsze odbija większe lub mniejsze, ale zawsze piętno

w psychice dziecka. Do głównych zachowań wynikających z dorastania dziecka w rodzinie alkoholowej należą:

- wrodzona skłonność do nałogów;
- skłonność do zachowań agresywnych;
- obniżona samoocena i niskie poczucie własnej wartości;
- nieufność wobec innych osób;
- trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi;
- nieumiejętność oraz lęk przed okazywaniem prawdziwych uczuć;
- nadmierna potrzeba aprobaty ze strony innych osób (Czub, 2009).

Badacze przyjmujący podejście interakcyjne skupiają się na wzajemnym wpływie dwóch członków rodziny, takich jak diada żona-mąż, matka-dziecko czy diada ojciec-dziecko. Analizują interakcje pomiędzy małżonkami, rodzicem i dzieckiem oraz rodzeństwem. Spośród tych różnych par obserwowanych w rodzinach dotkniętych alkoholizmem, najwięcej uwagi poświęcono interakcjom rodzic-dziecko.

Liczne badania wykazały, że brakuje nacisku na specyficzne potrzeby rozwojowe, trudności i problemy dzieci z tej grupy. Badania porównawcze porównujące rodziny alkoholowe i niealkoholowe wyraźnie wskazują, że istnieją zauważalne różnice, w jakości relacji rodzic-dziecko, przy czym uzależnieni rodzice znajdują się w niekorzystnej sytuacji (Chasin i in., 1993, 1996; Cierpiałkowska, 2003; Grzegorzewska, 2011a, 2011b).

Badania przeprowadzone przez Blacka i Mayera (1980) oraz Cierpiałkowską (1997) wykazały, że nawet w fazie szkodliwego picia ojcowie mają tendencję do priorytetowego traktowania rytuałów picia i wycofywania się z życia swoich dzieci. Ten brak komunikacji prowadzi do znacznych zaniedbań emocjonalnych, edukacyjnych i opiekuńczych. Obok zachowań unikających i wycofujących się obserwuje się także wzorzec agresywny i przymusowy (Cierpiałkowska, 1997).

Pomimo tęsknoty za uwagą, postawę dzieci wobec pijących ojców charakteryzuje ambiwalencja, na przemian miłość i nienawiść lub obojętność, za którą kryją się intensywne i nierozpoznane emocje. Kontakt z drugim rodzicem, zazwyczaj niepijącą matką, również nie przebiega zgodnie z oczekiwaniami, ponieważ często jest ona przytłoczona pracą i frustracją, poświęcając niewiele czasu na prawdziwe relacje z dziećmi (Black, Mayer, 1980).

Na podstawie istniejącej literatury można postawić hipotezę o dwóch głównych wzorcach relacji z niepijącą matką, które z kolei aktywują dwie odrębne ścieżki

internalizacji problemów i trudności w relacjach interpersonalnych. Jeden z aspektów obejmuje identyfikację z uległą i podporządkowaną matką, kontrastującą z ojcem alkoholikiem i charakteryzuje się wzajemną zależnością od siebie w zakresie opieki i wsparcia. W tej relacji chodzi także o wzajemny podziw, gdyż dziecko docenia wysiłki matki na rzecz utrzymania rodziny, powstrzymując jednocześnie własne pragnienia i potrzeby. Synowie i córki, którzy mają tego rodzaju relacje z matkami, zwykle izolują się od rówieśników i doświadczają poczucia winy z powodu potencjalnego pozostawienia matek sam na sam z pijącym ojcem. To z kolei prowadzi do trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami i internalizacji problemów, takich jak zaburzenia lękowe i depresja.

Druga droga dotyczy zarówno synów, jak i córek, którzy mogą być mniej zależni od matek. Dzieci te, ze względu na swój temperament i bezpieczne wczesne więzi z matką lub innymi opiekunami, zwykle doświadczają mniejszego lęku separacyjnego. W trudnych sytuacjach rodzinnych często wyrażają swoje żale wobec matki, zrzucając na nią odpowiedzialność za niesprzyjające okoliczności i brak działań zmierzających do ich poprawy.

Jeśli matka zareaguje poczuciem niesprawiedliwości i zaszczepi w dzieciach poczucie winy, mogą one wczuć się w jej cierpienie i skierować swoją złość na siebie, powodując internalizację swoich problemów (Eiden i in., 2006).

Badając wpływ alkoholu na całokształt funkcjonowania rodziny, istotne jest uwzględnienie tradycyjnych teorii systemowych, których celem jest wyjaśnienie różnych zjawisk i procesów zachodzących w obrębie jednostki rodzinnej. Różne podejścia w psychologii badają różne aspekty rodzin alkoholowych. Niektórzy skupiają się na analizie wzorców relacji i komunikacji, inni opisują funkcjonowanie rodziny podczas picia i leczenia oraz badają międzypokoleniowe przenoszenie szkodliwego picia.

Wśród tych podejść szczególnie inspirujące jest badanie Wolina (1979) dotyczące roli czynników środowiskowych w przenoszeniu alkoholizmu. Murray Bowen (1976) również przyczynił się do zrozumienia transmisji międzypokoleniowej, rozszerzając swoją koncepcję na szeroki zakres zaburzeń psychicznych.

W jednym ze swoich badań Wolin (1980) odkrył, że alkoholizm zazwyczaj ma kontynuację w rodzinach, w których nastąpiły istotne zmiany w rytuałach i rutynie, chociaż może również wystąpić, gdy spożycie alkoholu nie zaburza tych aspektów w takim samym stopniu. Kiedy zarówno ojciec, jak i matka piją szkodliwie lub uzależniająco, prawdopodobieństwo wystąpienia alkoholizmu u synów znacznie wzrasta. Prowadzi to do

bardziej znaczących zakłóceń w rytuałach rodzinnych, takich jak obchodzenie świąt, tradycje posiłków i spędzanie czasu wolnego (Wolin i in., 1980; Jacob, Leonard, 1988).

Badania przeprowadzone w oparciu o koncepcję trans generacyjną Bowdena rzuciły nieco światła na to, którzy synowie alkoholików są najbardziej podatni na alkoholizm. Stwierdzono, że istotną rolę odgrywa poziom zróżnicowania tożsamości osobistej i tożsamości rodzinnej (Świtała, 2005).

Szkodliwe i uzależniające picie przez członka rodziny, zwłaszcza rodzica, ma wpływ na życie społeczne rodziny, na które składają się dwa główne aspekty: aktywność społeczna oraz relacje członków rodziny ze światem zewnętrznym (Eurocare, 1998).

W rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym aktywność rodzinna, zwłaszcza rekreacyjna, jest znacznie ograniczona ze względu na nieprzewidywalne zachowanie pijącego rodzica oraz jego niechęć lub niemożność uczestniczenia we wspólnym czasie wolnym. Z kolei członkowie rodziny mogą starać się unikać podejmowania określonych aktywności ze względu na obawę przed rozczarowaniem lub wstydem, jaki może wyniknąć z problemu alkoholowego rodzica (Velleman, 2011).

Do ograniczenia zajęć rekreacyjnych przyczynia się także skłonność do ukrywania tej kwestii w rodzinie. Ujawnienie problemu może być postrzegane, jako akt nielojalności lub zdrady, co utrudnia rodzinie kontakt ze światem zewnętrznym, poznawanie nowych ludzi, bądź zapraszanie przyjaciół. W miarę upływu czasu rodzina staje się coraz bardziej izolowana społecznie, co narzuca ścisłe ograniczenia na jej interakcje ze światem zewnętrznym. Zazwyczaj, jeśli inni członkowie rodziny są w stanie utrzymać kontakty społeczne, trzyma się ich z dala od domu rodzinnego.

Ponadto, nadmierne spożycie alkoholu przez rodzica ma wpływ na sytuację finansową rodziny. Chociaż wyniki badań nie zawsze są ostateczne (Grzegorzewska, 2013b), trudności finansowe i stres związany z bezrobociem stanowią potencjalne ryzyko w rodzinach borykających się z problemami alkoholowymi.

Kiedy brakuje środków finansowych na zakup podstawowych artykułów, takich jak żywność i odzież, dzieci często uciekają się do poszukiwania alternatywnych sposobów zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb. Negatywne skutki spożywania alkoholu przez rodziców często porównuje się do szkodliwych skutków ubóstwa, prowadzących do różnych problemów behawioralnych i trudności w dzieciństwie (Dodge i in., 1995).

Badania wskazują, że poważne nadużywanie alkoholu, niezależnie od sytuacji finansowej rodziny, pogarsza także, jakość życia rodziny, ograniczając udział dzieci w zajęciach sportowych, realizowaniu ich zainteresowań i życiu społecznym.

W konsekwencji ogranicza to stymulację intelektualną i środowiskową dziecka, oraz zakłóca ogólną spójność i organizację życia rodzinnego (Moos i Moos, 1984; Jester i in., 2000). Rodziny z problemem alkoholowym, doświadczające niższego standardu życia, chętniej korzystają z pomocy społecznej i innych możliwości wsparcia.

Badanie Mutzella (1995) wykazało, że dzieci matek alkoholiczek częściej korzystały z odpowiednich usług wsparcia i były znacznie bardziej podatne na umieszczenie w pieczy zastępczej w porównaniu z dziećmi z innych grup wysokiego ryzyka.

Najbardziej wszechstronne badania w tym zakresie skupiają się na pracach Bennetta i Wolina (1990), którzy badali kulturowy model funkcjonowania w rodzinach dotkniętych problemami alkoholowymi. Model ten koncentruje się wokół koncepcji rytuałów rodzinnych, które służą, jako symboliczna forma komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Codzienne czynności, takie jak posiłki i uroczystości, są objęte rytuałami stanowiącymi wzorce zachowań, które pozostają stosunkowo spójne.

Powtarzalność i symboliczne znaczenie tych rytuałów przyczyniają się do poczucia stabilności, przewidywalności i wspólnoty w rodzinie, ostatecznie kształtując jej tożsamość. Badania współczesnej literatury potwierdzają znaczenie rytuałów w utrzymaniu funkcjonowania rodziny i zapobieganiu dysfunkcjom. W czasach stresu i szybkich zmian, rytuały rodzinne służą wzmocnieniu stabilności.

Działając, jako przeciwwaga dla destrukcyjnych sił i kryzysów, rytuały odgrywają kluczową rolę w zachowaniu spójności systemu rodzinnego. W rodzinach obciążonych wysokim ryzykiem dysfunkcji, obecność rytuałów rodzinnych działa, jako siła stabilizująca, nadająca sens jednostkom w chwilach stresu. Rytuały te stanowią swoiste odzwierciedlenie jednostki rodzinnej, pozwalając na ocenę wpływu chronicznych problemów związanych z alkoholizmem na życie rodzinne (Wolin i Bennett, 1984; Steinglass i in., 1987; Imber-Black, Roberts, 1992; Hawkins, 1997).

Z kolei wpływy niealkoholowe, które są obecne we wszystkich rodzinach, obejmują poziom konfliktów małżeńskich, umiejętności komunikacyjne między małżonkami, jakość funkcji rodzicielskich, zdrowie psychiczne rodziców i ogólną atmosferę w rodzinie. Te ogólne cechy i umiejętności interpersonalne są kluczowe w kierowaniu relacjami w rodzinie i są ściśle powiązane z uzdolnieniami społecznymi. Należy zauważyć, że czynniki niealkoholowe odgrywają znaczącą rolę w rozwoju problemów psychicznych u dzieci w różnych grupach wiekowych. Mają one szczególny wpływ na powstawanie zaburzeń, takich jak osobowość antyspołeczna i depresja (Ellis i in., 2000).

Jakość funkcji rodzicielskich odgrywa znaczącą rolę w rozwoju dzieci, niezależnie od tego, czy w grę wchodzi alkohol, czy nie. Badania z zakresu psychopatologii rozwojowej, zwłaszcza Pattersona (1992), podkreślają znaczenie dwóch wymiarów funkcji rodzicielskich: wsparcia (takiego jak akceptacja i miłość) oraz kontroli (w tym dyscypliny).

Na nieprawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny dzieci często wpływają takie czynniki, jak brak miłości, wysoki poziom wrogości (w tym krytyki wobec dziecka), ograniczone zaangażowanie w wychowanie, niespójne reakcje na nietypowe zachowanie i niejasne oczekiwania, co do odpowiedniego zachowania. Takie postawy rodzicielskie mogą skutkować albo osłabieniem więzi i kontroli, prowadząc do odrzucenia i porzucenia, albo nadmierną kontrolą i dyscypliną, co często prowadzi do wzmożonych zachowań buntowniczych, trudności w komunikacji, a ostatecznie do napiętych relacji z dzieckiem.

Niewłaściwe wzorce interakcji rodziców w okresie dojrzewania mogą zakłócać realizację zadań rozwojowych, czego skutkiem są uporczywe zachowania buntownicze, zaburzenia kontroli zachowania i osobowość antyspołeczna. Obecnie badania skupiają się na określeniu, w jaki sposób cechy rodziców, szczególnie związane z regulacją emocji i samokontrolą, wpływają na rozwój niektórych zaburzeń.

Rodzice, którzy dopuszczają się szkodliwych nawyków związanych z piciem alkoholu, często wykazują znaczne deficyty w tych obszarach, które mogą zostać przekazane dzieciom poprzez mechanizmy uczenia się. Liczne badania potwierdziły pogląd, że niska samoocena i słabe zdolności samoregulacji zwiększają podatność na zaburzenia psychiczne (Edwards i in., 2006), podczas gdy silne zdolności regulacji emocji działają jak bufor ochronny (Pearson i in., 2011).

Badania rodzin alkoholowych wykazały, że styl funkcjonowania rodziców jest powiązany z rodzajem alkoholizmu, jaki ten rodzic przejawia. Najbardziej szkodliwym typem dla rozwoju dziecka jest alkoholizm typu II, sklasyfikowany przez Cloningera (1987), który często współwystępuje z cechami osobowości antyspołecznej.

Według Zuckera (1994) w populacji amerykańskiej osoby nadużywające alkoholu są 21 razy bardziej narażone na antyspołeczne zaburzenia osobowości w porównaniu z osobami pijącymi okazjonalnie. Osoby cierpiące na alkoholizm typu II mają trudności w relacjach społecznych, rodzinnych i zawodowych. Dodatkowo, silna korelacja osobowości antyspołecznej z alkoholizmem wskazuje, że zaburzenia w interakcjach rodzic–dziecko, które przyczyniają się do rozwoju zachowań agresywnych, odgrywają istotną rolę w etiologii zaburzeń rozwojowych (Jacob i Johnson, 2000; Park i Schepp, 2015).

2.2. Współzależnienie, a funkcjonowanie rodziny

Jak już wspomniano, rytuały rodzinne to formy komunikacji w rodzinie, które są systematycznie powtarzane i mają znaczenie symboliczne. Rytuały charakteryzują się stabilnością ról rodzinnych, powtarzalnością w czasie, wyraźnymi granicami czasowymi i oporem wobec zmian. Dostarczają satysfakcji członkom rodziny oraz przyczyniają się do rozwoju i utrzymania poczucia tożsamości w rodzinie i społeczności.

Czynności rytualne wyrażają i potwierdzają główne idee i standardy życia rodzinnego. Istnieją trzy główne obszary działalności rytualnej: powiązania międzypokoleniowe, tożsamość i przynależność rodzinna, oraz organizacja poszczególnych członków rodziny wokół rytuałów. To drugie odzwierciedla także wspólne przekonania na temat świata społecznego.

Zidentyfikowano dwa typy rytuałów rodzinnych: procedury życia rodzinnego i rytuały życia rodzinnego. Procedury życia rodzinnego polegają na przekazywaniu informacji w sposób instrumentalny w sytuacjach życia codziennego, wymagający chwilowego zaangażowania członków rodziny. Po zakończeniu działania zaangażowanie to ustaje. Osoby z zewnątrz mogą łatwo zaobserwować i rozpoznać ten szczególny rodzaj działalności ze względu na jego powtarzalny i ciągły charakter w czasie.

Tego typu rytuały rodzinne odgrywają kluczową rolę w definiowaniu tożsamości rodziny, jako spójnej grupy oraz wpajaniu poczucia przynależności i pewności, co do swoich działań. Emocjonalne zaangażowanie poszczególnych członków rodziny w te rytuały utrzymuje się nawet po zakończeniu samego rytuału. Niezbędne jest, aby były one kontynuowane w przyszłych pokoleniach, gdyż niestosowanie ich może w znaczący sposób podważyć jedność rodziny. Uczeni, którzy podkreślają symboliczny aspekt czynności rytualnych, podzielili je na trzy grupy: uroczystości rodzinne, tradycje rodzinne i zorganizowane interakcje rodzinne (Bennett i Wolin, 1984; Steinglass i in., 1987; Bennett i in., 1988).

Do uroczystości rodzinnych zalicza się różnego rodzaju zdarzenia, które obchodzone są w społeczno-kulturowym kontekście funkcjonowania rodziny. Należą do nich wydarzenia życiowe (chrzty, śluby, pogrzeby), oraz święta o charakterze religijnym, tzn. Wielkanoc, Boże Narodzenie, oraz uroczystości świeckie (Sylwester, Dzień Niepodległości).

Z drugiej strony tradycje rodzinne są unikalne dla każdej rodziny i dotyczą takich okazji, jak urodziny, imieniny i sposób spędzania wakacji. Uroczystości rodzinne swoją przejrzystą strukturą kontrastują z mniej ustrukturyzowanymi rytuałami, które odbywają się z pewną

regularnością. Innym rodzajem rytuału są zorganizowane interakcje rodzinne, obejmujące wspólne posiłki, praktyki religijne i czas wolny.

Interakcje te, choć nie są świadomie zaplanowane, odgrywają istotną rolę w kształtowaniu tożsamości rodziny i wyrażania siebie. W rodzinach borykających się z problemami alkoholowymi zachowanie rytuałów rodzinnych może być symbolem kształtowania się tożsamości rodzinnej, inne natomiast mogą ulegać sztywnieniu w celu utrzymania równowagi w systemie alkoholowym. Alternatywnie, niektóre rodziny mogą całkowicie porzucić życie rytualne.

Warto zauważyć, że Wolin i współpracownicy (1980) przeprowadzili badanie, w którym zidentyfikowali dwie odrębne grupy rytuałów w takich rodzinach, różniące się stopniem zmian spowodowanych alkoholizmem rodzica.

Do pierwszej grupy zaliczają się rytuały wolne od alkoholizmu, zwane rytuałami dystynktywnymi. Założono zachowanie integralności i ciągłości tych rytuałów ze względu na minimalne skutki nadużywania alkoholu przez rodziców. Wszelkie zmiany zachodzące w ramach tych rytuałów są uważane za naturalne i niezamierzone. Rytuały te odbywają się w rodzinach, które potrafią ustanowić silną granicę pomiędzy czynnościami rytualnymi, a zachowaniami związanymi z alkoholem.

Istnieje jednak druga grupa rytuałów, zwana rytuałami subsumpcyjnymi, na które wpływa alkoholizm rodzica. Wraz ze wzrostem intensywności picia rytuały te ulegają zmianom zarówno pod względem struktury, jak i znaczenia. Stają się prostsze, sztywniejsze i bardziej nieprzewidywalne, a znaczenie przypisywane im przez członków rodziny ulega zmianie. Zmiany te mogą następować stopniowo lub nagle, prowadząc albo do dominacji zachowań alkoholowych w rytuałach, albo do całkowitego porzucenia rytuałów.

W tym kontekście, komunikacja odgrywa kluczową rolę w funkcjonowaniu każdego systemu rodzinnego. Każdy komunikat wymieniany pomiędzy członkami rodziny ma wpływ na ich relację, a odbiorca podlega tej relacji (Świętochowski, 2014). W dynamicznej wymianie między nadawcą, a odbiorcą każda informacja spełnia swoje zadanie, przy czym najważniejsza jest pragmatyczna strona przekazu. W sferze relacji międzyludzkich zachowanie każdej jednostki ma znaczenie, pełniąc określoną funkcję i będąc komunikatem wpływającym na zachowanie drugiej osoby.

Ważne jest, aby zdać sobie sprawę, że komunikacja jest nieunikniona w związku, ponieważ każda akcja i gest przekazuje znaczenie i przyczynia się do dynamiki połączenia. Warto zauważyć, że niektóre relacje mają szczególne znaczenie, na przykład relacje między

alkoholikiem, a osobą współzależną, alkoholikiem i ich dziećmi, oraz osobą współzależną i jej dziećmi.

Zachowanie osoby uzależnionej przeplata się z zachowaniem członków jej rodziny, tworząc wzajemną relację. Co więcej, takie zachowanie służy, jako sposób komunikacji w obrębie rodziny i ma trwały wpływ na funkcjonowanie zaangażowanych osób, często prowadząc do cierpienia i zaburzeń emocjonalnych. Ciągłej interakcji z osobą uzależnioną towarzyszy poczucie chronicznego obciążenia emocjonalnego i napięcia.

W nałogu alkoholowym ludzie często doświadczają szeregu negatywnych emocji, takich jak strach, smutek, żal, złość, poczucie winy, wstyd i upokorzenie. Emocje te w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie jednostki i jej relacje z innymi, zarówno w rodzinie pochodzenia, jak i poza nią (Mellibruda i Sobolewska, 1997).

Należy zauważyć, że zachowania alkoholika wywołują określone reakcje członków rodziny, podczas gdy działania innych osób w systemie alkoholowym również wpływają na reakcje uzależnionego. W takiej dynamice rodzinnej istnieją dwa potencjalne skutki wynikające z długotrwałego zatrucia osoby uzależnionej. Pierwsza opcja to zerwanie więzi z alkoholikiem, co ostatecznie rozmontowuje system alkoholowy. Może to jednak pozostawić osobę uzależnioną bez wsparcia bliskich, co prowadzi do poczucia złości, smutku i poczucia niesprawiedliwości. Emocje te mogą następnie skłonić jednostkę do dalszego picia, co będzie sposobem na podtrzymanie mechanizmu racjonalizacji.

Według S. A. Bentona (2015) nadchodzi moment krytyczny, nazywany „dnem”, który często staje się dla jednostki punktem zwrotnym w rozpoznaniu konieczności zaprzestania picia i podjęcia leczenia. Aby utrzymać stabilność systemu alkoholowego, rodzina osoby uzależnionej dostosowuje swoje zachowanie do działań osoby uzależnionej. Dostosowanie to ma na celu zachowanie status quo oraz podtrzymanie złudzeń i zaprzeczeń w systemie alkoholowym (Margasiński, 2011).

Jednak to pozorne wsparcie w rzeczywistości utrudnia powrót do zdrowia uzależnionego i utrwała chorobę (Szczepańska, 1992). Adaptacja ta naraża także członków rodziny na różne problemy psychologiczne, prowadzące do współzależności.

Termin „współzależnienie” ewoluował z biegiem czasu. Pierwotnie terapeuci używali terminu „koalkoholizm” do opisanego żon alkoholików i ich wzorców zachowań. Stwierdzono, że kobiety te wykazują silną zależność od swoich uzależnionych partnerów i angażują się w powtarzalne działania w odpowiedzi na nadużywanie substancji, takie jak polewanie alkoholem, ukrywanie go, odprowadzanie współmałżonka do domu i usprawiedliwianie swojego zachowania w pracy.

Początkowo uważano, że w tej grupie występują tendencje sadomasochistyczne lub inne zaburzenia osobowości. Jednak po szeroko zakrojonych analizach i sesjach terapeutycznych okazało się, że ich zachowanie wynika z głębszych przyczyn, wykraczających poza relację małżeńską. Po tym jak terapeuci wnikliwie poznali mechanizmy uzależnienia w systemach alkoholowych, pojawił się termin „współuzależnienie”. Stało się jasne, że objawy współuzależnienia nie ograniczają się do partnerów osoby uzależnionej, ale występują także u pozostałych członków rodziny (Margasiński, 2011).

Koncepcja „współuzależnienia” pojawiła się w latach 70. XX wieku w kręgach terapii uzależnień, szczególnie w Minnesocie. Początkowo odnosiła się do wyzwań psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych, jakie napotykają małżonkowie i dzieci alkoholików, które w sposób niezamierzony umożliwiły kontynuację problemów alkoholowych. Termin ten zyskał popularność i został przyjęty przez ruch Anonimowych Alkoholików, co doprowadziło do powstania licznych grup terapeutycznych korzystających z programu Dwunastu Kroków.

W miarę jak współuzależnienie zwróciło uwagę różnych środowisk specjalistycznych, jego definicja stała się niejednoznaczna i często nadużywana. W polskiej literaturze wciąż trwają dyskusje i debaty dotyczące precyzyjnej definicji i genezy współuzależnienia (Margasiński, 2011).

Obecnie współzależność jest terminem powszechnie używanym przez klinicystów do opisanego „pewnych niezdrowych zachowań” (Knudson i Terrell, 2012). Jednakże termin „pewne niezdrowe zachowania” jest dość szeroki i obejmuje różne aspekty zachowania jednostki w kontekście rodzinnym. W związku z tym wyzwaniem jest precyzyjne zdefiniowanie współzależności.

Według Knudson i Terrell (2012) definicja współzależności jest szeroka i różni się w zależności od autorów i badaczy. Zdaniem badaczek współuzależnienie to dysfunkcyjny wzorzec, który powtarza się w relacjach z innymi, powodując dla jednostki trudności i ból.

Literatura na ten temat jest obszerna, a definicja współuzależnienia zależy od punktu widzenia specjalistów i aktualnej wiedzy na temat rodzin uzależnionych od alkoholu. Wszyscy eksperci są zgodni, co do tego, że istnieje związek pomiędzy wpływem uzależnienia na funkcjonowanie całej rodziny. Dlatego też mówiąc o współuzależnieniu, należy mieć na myśli skutki psychologiczne, jakie wynikają z życia z osobą uzależnioną i są bezpośrednio związane z jej alkoholizmem. Skutki te dotyczą przede wszystkim

procesów i zjawisk psychicznych, które albo umożliwiają jednostce dalsze nadużywanie substancji psychoaktywnych, albo utrudniają powrót do zdrowia (Sztander, 1992).

Istnieją różne podejścia do zrozumienia współzależności, każde z własną terminologią i różnicami w zależności od punktu widzenia badaczy i specjalistów. Zidentyfikowano trzy modele współzależnienia: model psychopatologiczny, model zaburzeń osobowości i model adaptacyjny. Modele te sugerują różne możliwe źródła współzależnienia oraz dają wgląd w potencjalne interwencje i możliwości przyszłego funkcjonowania (Margasiński, 2011).

Choć alkoholizm od dawna uznawany jest za chorobę, coraz częściej dostrzega się także patologiczny charakter współzależnienia. Cermak, jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na współzależnienie, jako stan, który można leczyć, stwierdzając, że jest to bezpośrednia i automatyczna konsekwencja uzależnienia partnera (Mellibruda i Sobolewska, 1997).

W swoim opracowaniu Cermak podjął próbę uporządkowania istniejącej wiedzy na ten temat i choć brakowało jasnej definicji, zidentyfikował kilka kryteriów diagnostycznych, które później przejęli inni autorzy (Trębińska-Szumigraj, 2010).

Zgodnie z tymi kryteriami, podstawa poczucia własnej wartości opiera się na przekonaniu, że ma ona moc manipulowania myślami, działaniami i emocjami innych oraz wpływania na nie. Według Cermaka i Rutzky'ego osoby, które dorastały w rodzinach alkoholowych, często znajdują się w związkach, w których nadal dźwigają ciężar tego, czy partnerzy je aprobują (Cermak i Rutzky, 2011).

Odzwierciedla to zachowanie alkoholika, który trzyma się przekonania, że może kontrolować spożycie alkoholu, utrwalając w ten sposób swoją chorobę. Jak wymownie stwierdziła Benton, takie postrzeganie kontroli daje promyk nadziei, który utrzymuje ich w uwikłaniu w alkohol (Benton, 2015).

U osób współzależnych ta „iluzja kontroli” jest najbardziej widoczna w ich zniekształconym spojrzeniu na siłę woli i sprawowanie kontroli. Staje się dla nich wyzwaniem rozróżnienie, które wydarzenia i sytuacje są pod ich kontrolą, a które nie. Mają one idealistyczne przekonanie, że sama determinacja może nie tylko ukształtować trajektorię jej własnego życia, ale także wywrzeć wpływ na życie innych.

Jak wspomniano wcześniej, istnieje zauważalne podobieństwo pomiędzy osobą współzależną a osobą zmagającą się z alkoholizmem (Deepa, 2017). Alkoholik mocno wierzy w swoją zdolność kontrolowania ilości spożywanego alkoholu, a ponadto wierzy, że może rzucić picie, kiedy tylko zechce (Cierpialkowska, 2000). Dlatego właśnie na początkowych etapach zdrowienia ważne jest, aby zarówno alkoholik, jak i osoba

współzależniona porzucili przekonanie, że mają kontrolę nad kimkolwiek (np. alkoholikiem) lub czymkolwiek (np. ilością spożytego alkoholu). Niezastosowanie się do tego zalecenia utrwali cykl uzależnienia od alkoholu.

Koncepcja tymczasowej kontroli odgrywa znaczącą rolę zarówno dla osoby uzależnionej, jak i współzależnionej. Jednak wyrzeczenie się tej kontroli okazuje się niezwykle trudnym przedsięwzięciem, gdyż wymaga skonfrontowania się z własną bezsilnością i wrażliwością. Znaczenie tej koncepcji podkreślają Cermak i Rutzky (2011), którzy twierdzą, że jej brak może sprawić, iż człowiek poczuje się bezbronny, źle przystosowany i przepełniony strachem przed utratą kontroli. W takich przypadkach jedynym postrzeganym rozwiązaniem jest podjęcie wyjątkowego wysiłku w celu utrzymania stabilności w swoim otoczeniu.

Cierpiałkowska (2000) rozwija ten temat dalej, zauważając, że w miarę nasilania się współzależności kobiety mają tendencję do przyjmowania postaw skrajnych. Mogą albo sztywno trzymać się iluzji własnej siły i zdolności kontrolowania innych, albo ulec poczuciu bezradności i beznadziejności.

Zaburzenie granic osobistych i stabilność poczucia własnej wartości są kluczowymi czynnikami współzależności. Osoby wykazujące zachowania współzależne polegają na dobrostanie i działaniach innych, aby określić swoją własną wartość. W rezultacie dobro osoby współzależnej jest często podyktowane przez jej partnera. Nic, więc dziwnego, że osoby współzależne sprawują znaczną kontrolę nad zachowaniem osób uzależnionych, gdyż pośrednio wpływa to na ich samoocenę.

System zaprzeczania, który odmiennie objawia się u alkoholików współzależnionych, służy zaprzeczeniu utracie kontroli nad zatruciem chemicznym u alkoholików, oraz bezradności i ograniczeń związanych z zachowaniem partner w przypadku współzależnionych. System ten pośrednio utrzymuje pozytywną samoocenę u osób współzależnych, o ile wierzą one, że mogą kontrolować zachowanie swojego partnera. Ten system zaprzeczania jest kluczowy dla podtrzymania pozytywnego postrzegania siebie (Cierpiałkowska, 2000).

Osoby współzależne często doświadczają niskiej samooceny, wynikającej z niemożności kontrolowania działań chorej jednostki, co prowadzi do poczucia bezwartościowości i nienawiści do siebie. Dodatkowo u osób wychowujących się w rodzinach dotkniętych uzależnieniem od alkoholu widoczne są zaburzenia w relacjach interpersonalnych oraz stany lękowe. Całe ich życie kręci się wokół uzależnienia od członka rodziny, co sprawia, że rozwinięcie prawdziwej tożsamości i zrozumienie swoich

prawdziwych potrzeb i pragnień w wieku dorosłym staje się dla nich wyzwaniem. Dorosłe Dzieci Alkoholików mają trudności z ustaleniem granic w swoich relacjach interpersonalnych, które wynikają z lęku przed bliskością, gdyż wiąże ją z odrzuceniem i traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości (Cierpiałkowska, 2000).

Skrętowska wskazuje przy tym, że dla DDA utrzymanie poczucia spokoju i bliskości w związkach partnerskich jest trudne ze względu na głęboko zakorzenioną obawę przed jego utratą. W związku z tym mają tendencję do utrzymywania znacznego dystansu emocjonalnego od swoich partnerów. W niektórych przypadkach, gdy partnerzy stają się zbyt bliscy, DDA nieświadomie uruchamiają swoje mechanizmy wycofania i sabotują związek, aby zachować poczucie kontroli (Skrętowska, 2012).

Ponadto DDA często nawiązują bliskie relacje z osobami, które wykazują współzależnienie lub zmagają się z uzależnieniem od różnych substancji, bądź zaburzeniami osobowości. Według Cermaka osoby uzależnione i osoby z zaburzeniami osobowości mają narcystyczną potrzebę poczucia się wyjątkowo. Prowadzi je do poszukiwania partnerów, którzy mogą potwierdzić, zrozumieć i odzwierciedlić ich wyjątkowość. Współzależni natomiast mają tendencję do priorytetyzowania potrzeb i pragnień innych, skutecznie stając się lustrem dla osób uzależnionych i osób z zaburzeniami osobowości (Cierpiałkowska, 2000).

Autor ten podaje także, że osoby współzależne mogą wykazywać trzy różne typy zaburzeń. Należą do nich trudności w regulowaniu emocji, które często skutkują tłumieniem negatywnych uczuć i okazjonalnymi wybuchami złości (Cierpiałkowska, 2000). Dodatkowo osoby współzależne mogą doświadczać stanów depresyjnych w wyniku niewyrażonej złości wobec partnera, co prowadzi do złości skierowanej na siebie. Mogą także wykazywać nadmierną czujność i czujność emocjonalną ze względu na funkcjonowanie w ciągłym stresie i chaosie.

Występują przy tym tendencje kompulsywne, służące sprawowaniu kontroli nad niekontrolowanymi zdarzeniami i ochronie przed trudnymi emocjami. Stany lękowe mogą wynikać z wykorzystywania mechanizmów obronnych, zaburzających postrzeganie rzeczywistości i utrudniających autentyczne przeżycia. Na skutek długotrwałego stresu i skłonności jednostki do somatyzowania stanów emocjonalnych, mogą rozwinąć się zaburzenia psychosomatyczne. Wreszcie, nadużywanie substancji psychoaktywnych może służyć łagodzeniu długotrwałego napięcia emocjonalnego, przy czym ryzyko uzależnienia jest większe u dzieci z rodzin dotkniętych problemami alkoholowymi.

Należy jednak pamiętać, że wystąpienia współzależnienia nie można wiązać wyłącznie z dorastaniem w rodzinie alkoholowej, gdyż ma na to wpływ wiele czynników. Do rozwoju współzależnienia przyczyniają się następujące czynniki: bycie w długotrwałej relacji z osobą uzależnioną, doświadczenie wykorzystywania lub przemocy seksualnej, (czemu osoby współzależnione często zaprzeczają lub bagatelizują), oraz niemożność poradzenia sobie ze strachem, poczuciem winy, lub trudne emocje wynikające z traumatycznych doświadczeń.

Te trudne emocje można ograniczać, co prowadzi do nieświadomego tłumienia myśli związanych z popędami, konfliktami, oraz upokarzającymi lub nieprzyjemnymi doświadczeniami.

Trudności, z jakimi borykają się dzieci wychowywane w rodzinach dotkniętych alkoholizmem, często prowadzą do niezdolności do skutecznego radzenia sobie z traumatycznymi sytuacjami, które przekraczają ich zdolność do konstruktywnego rozwiązania. W rezultacie doświadczenia te są często tłumione na poziomie nieświadomości.

Wilson-Schaef również uważa, że współzależnienie w kontekście choroby jest ściśle powiązane z alkoholizmem i wychodzeniem z procesu uzależnienia w systemie rodzinnym (Cierpiakowska, 1997). Proces ten, nie tylko powoduje uzależnienie od alkoholu, ale także prowadzi do rozwoju współzależności, która ma przewidywalny przebieg i ostatecznie kończy się śmiercią.

Woititz podkreśla ponadto, że współzależnione kobiety, które są partnerkami mężczyzn uzależnionych od alkoholu, same są dotknięte chorobą (Woititz, 1990). Współzależność, to złożone zjawisko, które było badane przez różnych autorów, przedstawiających różne perspektywy dotyczące jej klasyfikacji.

Mellody kategoryzuje współzależnienie, jako chorobę, inni zaś włączają jej koncepcję do grupy teorii, które postrzegają współzależnienie, jako konsekwencję zaburzenia osobowości (Mellody, 2005). Nielezione współzależnienie może mieć poważne konsekwencje, nawet prowadzące do śmierci (Beattie, 1994).

Niektórzy badacze uznają współzależnienie za chorobę to jednak, brak jest dokładnego zrozumienia jej klasyfikacji, co uniemożliwia oficjalne uznanie tej choroby. Aby określić jego pochodzenie i objawy związane z jego występowaniem, konieczna jest dalsza analiza.

Należy zauważyć, że istnieją dwa dodatkowe modele opracowane przez specjalistów. Modele te postrzegają współzależnienie zarówno, jako zaburzenie osobowości, jak i specyficzną reakcję na stres. Aby zakwalifikować współzależność, jako zaburzenie

osobowości, należy zidentyfikować powtarzające się wzorce zachowań i doświadczeń w różnych aspektach życia jednostki, a także zidentyfikować czynniki, które przyczyniają się do tego zjawiska w okresie dzieciństwa i adolescencji (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010).

Perspektywę tę podziela Sztander (1992), który twierdzi, że współzależnienie nie jest chorobą, ale raczej sztywnym sposobem myślenia i zachowaniem wynikającym z negatywnych doświadczeń życiowych, które mogą wystąpić przed wejściem w związek z alkoholikiem. Sztywność tę dodatkowo wzmacnia życie z osobą uzależnioną, co utrudnia znalezienie skutecznych rozwiązań wyzwań osobistych i rodzinnych.

Dodatkowo Sztander (2006) sugeruje, że na współzależnienie należy patrzeć, jako na skutek ciągłego stresu psychicznego doświadczanego przez rodzinę członków alkoholików. Autorka podkreśla, że zaradzenie skutkom tej sytuacji nie jest zadaniem prostym i nie da się tego osiągnąć wyłącznie indywidualnym wysiłkiem (Sztander, 2006). Często osoba współzależna wymaga pomocy specjalisty lub terapeuty, aby poprowadzić ją z powrotem na ścieżkę konstruktywnego funkcjonowania.

W swojej analizie współzależnienia Sztander (2006) wyróżnia sześć wyraźnych objawów towarzyszących jej wystąpieniu. Objawy te obejmują ciągłe zaabsorbowanie alkoholem i nadużywaniem przez niego substancji, nawet u osób, które same nie spożywają alkoholu. Do tego dochodzi akceptacja narastających konsekwencji wynikających z choroby członka rodziny. Często pojawiają się trudności emocjonalne i romantyczne, prowadzące do nagłych wahań nastroju, emocjonalnego zamętu, pesymizmu i epizodów depresyjnych. W rezultacie osoby współzależnione mogą sięgnąć po zażywanie narkotyków, jako mechanizm radzenia sobie. Mogą się także objawiać nerwice i zaburzenia psychosomatyczne, co skłania jednostki do polegania na środkach farmaceutycznych, co może prowadzić do uzależnienia.

Kolejnym objawem jest „pustka duchowa”, charakteryzująca się nadmiernym skupianiem uwagi na przyziemnych szczegółach, bez refleksji nad głębszym znaczeniem życia i istnienia, co skutkuje depresją, beznadzieją i rozpaczą. Wreszcie, osoby współzależnione często biorą na siebie odpowiedzialność za konsekwencje uzależnienia alkoholika.

Sztander (2006) w swoich pracach szeroko bada dynamikę rodziny alkoholowej, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na dzieci i uzależnionego partnera. Omawiając objawy współzależnienia, podkreśla rolę zarówno czynników adaptacyjnych, jak i osobowościowych.

Forward (1996) również klasyfikuje to zjawisko, jako zaburzenie osobowości. Autorka analizuje genezę współzależności, szczególnie we wczesnym dzieciństwie oraz w trakcie rozwoju osobowości.

Podsumowując, postrzeganie współzależnienia, jako zaburzenia osobowości podkreśla znaczenie doświadczeń z dzieciństwa i dorastania. Na te doświadczenia często wpływa wychowanie w pierwotnej rodzinie, które są dodatkowo wzmacniane w związku z partnerem alkoholikiem.

W przeciwieństwie do klasyfikacji współzależnienia, jako odrębnego schorzenia, jego początków można doszukiwać się w trudnych doświadczeniach wynikających z przeszłych relacji z rodzicami, a nie wyłącznie w relacjach z osobą będącą alkoholikiem. Należy pamiętać, że o występowaniu objawów współzależnienia nie decydują wyłącznie problemy alkoholowe członka rodziny, ale raczej negatywne interakcje danej osoby w jej poprzednich relacjach z rodzicami (Deepa, 2017).

W przeciwieństwie do postrzegania współzależnienia, jako zaburzenia osobowości, istnieją modele, które postrzegają je, jako nieskuteczną reakcję na destrukcyjny związek charakteryzujący się znacznym stresem, taki jak partnerstwo z osobą zmagającą się z uzależnieniem od alkoholu.

Krytycy wspomnianego modelu współzależnienia, który definiuje współzależność, jako zaburzenie osobowości, powołują się na dwa główne powody. Po pierwsze, argumentują, że jeśli współzależnienie jest rzeczywiście zaburzeniem osobowości, zachowanie osoby współzależnionej nie powinno się zmieniać nawet po tym, jak alkoholik przestanie pić i przejdzie terapię. Alternatywnie, jeśli współzależnienie uznać za wzór zachowania, to w okresach abstynencji osoby uzależnionej, osoba współzależniona powinna wykazywać odmienne sposoby zachowania (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010). Po drugie, jeśli współzależność postrzegać, jako zaburzenie osobowości, należałoby przyjąć, że skuteczna będzie tylko długoterminowa terapia (Cierpiałkowska i Ziarko, 2010).

Kiedy jednak współzależność rozumiana jest, jako koncepcja powstająca w odpowiedzi na określone stresory, ważne jest, aby wziąć pod uwagę specyficzne przyczyny i źródła jej rozwoju. Zdaniem Mellibrudy i Sobolewskiej (1997), we współzależności istotną rolę odgrywa utworzenie diady pomiędzy dwiema jednostkami, charakteryzującymi się nierówną relacją w zakresie funkcjonowania. Jedna osoba dotknięta uzależnieniem wprowadza do związku destrukcję, druga przystosowuje się do tej destrukcyjnej dynamiki.

Destrukcyjne zachowania alkoholików są pierwotnym źródłem stresu dla członków rodziny, którzy postrzegają je, jako zagrożenie (Załużka i Kossowska-Lubowicka, 2009). Należy jednak pamiętać, że samo wystąpienie stresującego wydarzenia niekoniecznie skutkuje negatywnymi konsekwencjami dla danej osoby lub rodziny. To sposób, w jaki jednostki reagują na wysoce stresującą sytuację życia z alkoholikiem lub inną destrukcyjną osobą, prowadzi do stopniowego uwikłania w tę trudną sytuację.

W rezultacie to cechy jednostki, jej podejście do funkcjonowania i przeszłe doświadczenia decydują o tym, czy stanie się ona współzależna, czy nie. Nie każdy dostosuje się do panującej sytuacji i napięcia panującego w systemie alkoholowym. Niektóre osoby odmówią zaangażowania się w takie autodestrukcyjne zachowanie, czy to poprzez zerwanie więzi z alkoholikiem i spowodowanie upadku systemu uzależnionego od alkoholu, czy też poprzez aktywne poszukiwanie wsparcia i próbę zmiany własnego zachowania w dynamice rodziny.

Sobolewska i Mellibruda stwierdzają przy tym, że współzależnienie powstaje w odpowiedzi na stres. Według ich perspektywy, osoby w rodzinach alkoholowych doświadczają chronicznego napięcia i przeciążenia emocjonalnego. Stan ten utrzymuje się nie tylko wtedy, gdy osoba uzależniona jest obecna i nietrzeźwa w domu (Mellibruda i Sobolewska, 1997).

Maxwell (2001) również postrzega także współzależność, jako reakcję na stres. Twierdzi, że współzależnienie początkowo objawia się, jako normalna reakcja na nienormalną sytuację. Jednak z biegiem czasu ta normalna reakcja staje się niewłaściwa i szkodliwa, wpływając zarówno na nas samych, jak i na innych. Choć definicja Maxwell wpisuje się w model wyjaśniający współzależność, jako specyficzną reakcję na stres, to wzmianka o współzależności sugeruje dychotomiczne podejście do tematu (Trębińska-Szumigraj, 2009).

Z jednej perspektywy Maxwell (2001) argumentuje, że współzależnienie i związane z nią problemy są mniej szkodliwe, gdy jednostki nie powielają wzorców wypracowanych w dzieciństwie, jako reakcji na dysfunkcyjne postacie rodziców. Ten punkt widzenia dostosowuje współzależność do kontekstu zaburzeń osobowości. Jednak autorka omawia również współzależnienie, jako „specyficzną reakcję” na „nienormalną sytuację”, sugerując, że można ją zaliczyć do reakcji na stres. Należy zauważyć, że autorka nie klasyfikuje wprost współzależności w ramach konkretnego modelu i uznaje znaczenie doświadczeń z wczesnego dzieciństwa w kształtowaniu zachowań współzależnych. Podobnie jak w przypadku innych teorii dotyczących współzależności, tej perspektywie

brakuje mocnych dowodów empirycznych i nie jest ona powszechnie akceptowana wśród badaczy i praktyków.

Klasyfikacja współzależnienia pozostaje sprzeczna, a niektórzy autorzy wyrażają wobec niej niejednoznaczne postawy. Pojęcie współzależności jest często określane, jako choroba, zaburzenie osobowości lub reakcja na stres, ale bliższe zbadanie ujawnia sprzeczności w początkowych założeniach. Dlatego konieczne jest spojrzenie na to zjawisko z wielu perspektyw, biorąc pod uwagę różne czynniki wpływające na funkcjonowanie jednostki.

Życie z osobą uzależnioną wiąże się z reagowaniem na codzienne sytuacje, znoszeniem uporczywego stresu i utrzymywaniem stałej czujności emocjonalnej (Mellody, 1992; Woititz, 1994; Brown, 1995). W rodzinie współzależnej konstruowany jest system złudzeń i zaprzeczeń, pozwalający zniekształcać rzeczywistość i unikać stresu emocjonalnego.

Zaprzeczenie, głęboko zakorzeniona i poparta wiarą iluzja, objawia się na różne sposoby:

- dzieci osób uzależnionych usprawiedliwiają picie rodziców, rozwiązują ich problemy i usprawiedliwiają ich zachowanie;
- zaprzecza się wpływowi alkoholizmu na resztę rodziny, bliscy biorą na siebie ciężar bólu i konsekwencji, oraz zaprzeczają, że alkoholizm jest chorobą osoby pijącej;
- blokowane jest uczucie strachu i bólu emocjonalnego, a wiara w wyzdrowienie pijącego rodzica nieustannie się utrzymuje.

Unikanie dyskusji i odmowa uznania objawów, postępu i konsekwencji uzależnienia od alkoholu jest powszechną praktyką takich rodzin (Zalas, 2011). Początkowo zaprzeczenie może zapewnić poczucie stabilności w rodzinie, tworząc iluzję, że nic nie musi się zmieniać. Jednak w miarę upływu czasu sytuacja się pogarsza, a negatywne emocje nasilają się. Ciągłe zaprzeczanie prowadzi do niemożności komunikowania się i wyzwala intensywne reakcje emocjonalne, co skutkuje zbiorową ciszą wokół uzależnienia. To milczenie ma swoje korzenie w błędnym przekonaniu, że jeśli problem nie zostanie wyrażony na głos, przestanie istnieć.

Ponadto, członkowie rodziny angażują się w zachowania, które Wegscheider-Cruse (2000) nazywa zachowaniami kompulsywnymi, podczas których czerpią siłę z zadowalania innych i manipulowania swoim najbliższym otoczeniem. Działania te wynikają raczej z oczekiwań zewnętrznych niż potrzeb osobistych. Tłumienie emocji służy, jako mechanizm wysoce destrukcyjny, obejmujący:

- oświadczenie winy w trudnych okolicznościach;
- poczucie rezygnacji z niektórych zadań z powodu braku wiary w osiągnięcie sukcesu;
- złość jako reakcję na krzywdę i ciągły stres;
- poczucie izolacji wynikające z niemożności nawiązania bliskich i pełnych zaufania relacji z innymi;
- lęk objawiający się potrzebą kontroli nad sobą i innymi, któremu towarzyszy strach przed bezbronnością i odrzuceniem;
- poczucie niesprawiedliwości powszechnie obserwowane w rodzinach dotkniętych problemami alkoholowymi, których członkowie przyjmują określone role bez uznania i w dalszym ciągu utrwalają szkodliwą sytuację;
- poczucie wstydu i własnej wartości pod wpływem niskiej samooceny (Wegscheider-Cruse, 2000).

Na różnych etapach używania i nadużywania alkoholu mogą zdarzać się okresy, w których partner powstrzymuje się od picia i chociaż może się to wydawać zaskakujące, stwarza to poważne trudności dla pozostałych członków rodziny. Możliwość zmiany dynamiki rodziny daje promyk nadziei.

W przypadku osób zmagających się z uzależnieniem często zdarza się, że u ich bliskich rozwijają się błędne przekonania, które bagatelizują wagę ich nawyków związanych z piciem. Może to wywołać u osoby uzależnionej przejściowe poczucie winy i skłonić ją do zaprzestania picia. Jednak w tym okresie mogą pojawić się nierealistyczne myśli, sugerujące, że wszystko zostanie rozwiązane, jeśli po prostu przestaną pić.

Warto podkreślić przywołane w tym tekście ustalenia Szczepanika i Okólskiej, które wskazują na rosnącą świadomość uzależnień i ich wpływu na dynamikę rodziny wśród osób poszukujących wsparcia instytucjonalnego. Członkowie rodzin osób uzależnionych mają obecnie większą wiedzę na temat swoich praw i coraz częściej asertywnie domagają się uznania ich potrzeb. Wykazują przy tym silną determinację w dążeniu do poprawy, jakości swojego życia (Szczepanik i Okólska, 2018).

2.3. Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym

W kontekście dynamiki rodziny, dzieci nieświadomie przyjmują określone role w ramach danej „fałszywej osobowości”, co można zrozumieć, badając interakcje

i zachowania okrężne w całym systemie. Te role psychologiczne, podobnie jak scenariusze życiowe, służą, jako stałe mechanizmy adaptacyjne i są opisywane przede wszystkim z perspektywy psychoanalitycznej.

Badacze, tacy jak Black, Lambrou i Wegscheider-Cruse, zidentyfikowali różne wzorce do naśladowania w rodzinach alkoholowych (Margasiński, 2011).

Wśród nich szczególnie wszechstronny jest model Wegscheider-Cruse (2000), do którego często odwołują się inni badacze. Według badaczki każdy członek systemu alkoholowego ukrywa swoje prawdziwe emocje za fasadą sztucznego zachowania, przyjmując drugoplanowe role w dramacie rodzinnym, szukając w ten sposób potwierdzenia w systemie, który często go nie zapewnia.

Dzieci z rodzin alkoholowych często wykazują zachowania wyrażające „fałszywe” emocje, sprzeczne z ich prawdziwymi uczuciami – tymi ukrytymi. Zachowania te wynikają bezpośrednio z roli, jaką dziecko pełni w rodzinie, z jedną dominującą rolą i ewentualnie kilkoma innymi. Należy podkreślić, że w każdej rodzinie jest przestrzeń do realizacji określonych ról. Dlatego też i w rodzinach alkoholowych badacze problemu wyróżnili cztery role. Według Wegscheider-Cruse (2000) istnieje pięć rodzajów ról. Najczęściej wymienia się je, jako:

- bohatera – rolę tę pełni ją zwykle najstarsze dziecko w rodzinie. Dziecko kocha i jednocześnie nienawidzi pijącego ojca lub matki. Dla dobra rodziny jest w stanie podjąć wiele wyrzeczeń.
- kozła ofiarnego – dziecko w roli kozła ofiarnego zaczyna się buntować, mówi, co myśli, doświadcza złości. Jego bunt przejawia się często w niepokornych zachowaniach. Dość wcześnie opuszcza swoją rodzinę.
- maskotki lub błazna – zazwyczaj rolę tę przyjmuje najmłodsze dziecko w rodzinie. Zadaniem dziecka pełniącego rolę błazna jest rozładowywanie napięć i wzbudzenie zainteresowania otoczenia swoją osobą. Często robi tzw. dobrą minę do złej gry.
- niewidzialnego dziecka – to dziecko smutne, samotne, wycofane, a także bezradne. Dziecko żyje w świecie fantazji i marzeń. Ma trudności w kontaktach interpersonalnych z rówieśnikami, nie potrafi wyrażać swoich uczuć.

Im dłużej dziecko odgrywa określoną rolę, tym bardziej się z nią identyfikuje, co prowadzi do ograniczonego wyrażania swoich prawdziwych emocji. Wspólnikiem jest zazwyczaj osoba najbliższa alkoholikowi na poziomie emocjonalnym, często partner osoby uzależnionej.

Jeśli jednak osoba uzależniona umrze, rolę tę może przejąć inna bliska osoba, np. matka, sąsiadka, przyjaciółka. Podstawowym celem Wspólnika jest ochrona siebie i systemu alkoholowego, co zapewnia mu krótkotrwałe korzyści, w tym zwiększone poczucie odpowiedzialności, (które może stać się nadmierne) i zwiększoną samoocenę.

Pełnienie tej roli ma jednak wysoką cenę. Ciągłe ataki alkoholika na niego głęboko ranią jego poczucie własnej wartości. Osoba uzależniona pod kontrolą uzależnienia kieruje swoją nienawiść i poczucie winy w stronę partnera. Wspólnik, nieustannie poddawany krytyce i znęcaniu się psychicznemu, zaczyna mieć poczucie winy za całą sytuację. Nieubłagany stres, którego doświadcza, wyczerpuje jego osobisty potencjał (Wegscheider-Cruse, 2000).

W przypadku Wspólnika nadmierny i chroniczny stres prowadzi do różnych dolegliwości somatycznych i psychicznych. Staje się on podatny na szereg chorób psychosomatycznych. Zaniechywanie dobrostanu fizycznego staje się konsekwencją sytuacji, w której się znajduje.

Podstawową emocją dominującą u Wspólnika jest złość, choć jest ona ukrywana i tłumiona ze względu na świadomość, że jej wyrażanie nie będzie pomocne, a nawet może pogorszyć sytuację. Potencjalnie może doprowadzić do tego, że osoba uzależniona zareaguje złością i zastosuje przemoc psychiczną lub fizyczną.

Strach to kolejna ważna emocja, której doświadcza Wspólnik, a także inni członkowie systemu alkoholowego. Strach ten wynika z troski jednostki o samo uzależnienie i niepewności, co do przyszłości, takiej jak stabilność finansowa i bezpieczeństwo wszystkich zaangażowanych osób. W rezultacie Wspólnik poświęca znaczną ilość energii i wysiłku zarówno na ukrywanie swojej złości, jak i radzenie sobie z lękiem, co często skutkuje pogorszeniem jego ogólnego stanu zdrowia (Wegscheider-Cruse, 2000).

Mówiąc o rodzinie alkoholowej, należy uwzględnić oczywiście rolę dzieci, które realizują swoje obowiązki (Woronowicz, 2001). Zazwyczaj to pierworodne i najstarsze dziecko wciela się w rolę Bohatera Rodzinnego.

Podstawowym obowiązkiem Bohatera Rodzinnego jest zaszczepianie poczucia wartości w rodzinie, co można osiągnąć dzięki ich osiągnięciom i triumfom. Ich wysiłki skupiają się na zapewnieniu stabilności w systemie rodzinnym (Gašior, 2012).

Zazwyczaj Bohater Rodzinny posiada talent sportowy i poświęca się rozwijaniu tego aspektu swojego potencjału, zaniehbując inne obszary. Jeśli Bohater Rodzinny zdecyduje się na priorytetowy rozwój intelektualny, często dzieje się to kosztem aktywności fizycznej. W związku z tym, jego funkcjonowanie wykazuje tendencję do skrajności i perfekcjonizmu. Podatność Bohatera Rodzinnego na stres często prowadzi do różnych

chorób, zwłaszcza psychosomatycznych, a także potencjalnego uzależnienia od środków uspokajających (Wegscheider-Cruse 2000; Gąsior, 2012).

Pomimo swoich osiągnięć, Bohater Rodzinny zdaje sobie sprawę, że nie jest w stanie uleczyć bólu rodziny. Często obwiniany przez Wspólnika i uzależnionego, Bohater Rodzinny przejmuje nadmierną odpowiedzialność za sytuację, na czym korzystają jego rodzice. Podobnie jak u Wspólnika, dominującą doświadczaną emocją jest złość, choć pozostaje ona stłumiona w podświadomości (Wegscheider-Cruse, 2000).

W związku z pokładanymi oczekiwaniami, w Bohaterze Rodzinnym pojawia się nieustanne dążenie do doskonalenia siebie, stopniowo internalizujące i pogłębiające jego perfekcjonizm. Według Gąsiora rozwój dziecka może postępować, jednak jego inteligencja i rozwój umysłowy mogą nie nadążać za jego możliwościami, ze względu na rodzinne utrudnienia (Gąsior, 2012).

Dziecko nazywane przez Wegscheider-Cruse Kozłem Ofiarnym stara dystansować się od systemu rodzinnego, szukając pocieszenia i akceptacji wśród rówieśników. Jego zachowanie koncentruje się na przyciąganiu uwagi – jeśli nie jest w stanie tego osiągnąć pozytywnymi środkami, ucieka się do powodowania ciągłych zakłóceń w dynamice rodziny (Wegscheider-Cruse, 2000).

Kozły Ofiarne płci męskiej, jak i żeńskiej są podatne na uzależnienie od substancji (nieograniczających się do alkoholu). Dziewczęta mogą również stanąć w obliczu wczesnego macierzyństwa na skutek silnego pragnienia bliskości i uczucia, których brakowało im w domu (Wegscheider-Cruse, 2000).

Warto zauważyć, że angażowanie się w ryzykowne i przestępcze działania często prowadzi do obrażeń fizycznych u Kozła Ofiarnego, niezależnie od jego płci. Nierzadko spotyka się zaburzenia rozwojowe w tym konkretnym obszarze, a nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych wiąże się z niebezpiecznymi wypadkami (Gąsior, 2012).

Kozioł Ofiarny, podobnie jak cała rodzina, żywi gniew wobec wszystkich członków systemu alkoholowego, w tym także wobec siebie. Emocje te mogą objawiać się zachowaniami autodestrukcyjnymi i szkodliwymi wobec jednostek utrzymujących z nimi relacje interpersonalne (Rys, 2011; Gąsior, 2012).

Jak wspomniano wcześniej, Kozioł Ofiarny zazwyczaj już na początku szuka kontaktu z osobami spoza systemu rodzinnego. Pragnie akceptacji i miłości ze strony rówieśników, mimo że stara się odwzajemnić te emocje. W konsekwencji jego interakcje społeczne bywają ograniczone i stosunkowo powierzchowne (Gąsior, 2012).

Biorąc pod uwagę, że rolę „uczonego” przyjął już Bohater Rodzinny, Koziół Ofiarny rezygnuje ze swoich wysiłków, oraz inwestowania czasu i energii w naukę. Jeśli jednak posiada niezbędne zdolności, wykorzysta je do przejęcia przywództwa w grupie rówieśniczej.

Wprowadzenie trzeciego dziecka do rodziny alkoholowej może spowodować bardzo dynamiczne funkcjonowanie systemu, w którym jego członkowie coraz bardziej uwikłani są w tę sytuację. Trzecie dziecko w rodzinie alkoholowej, zwane „Zagubionym Dzieckiem”, doświadcza głębokiego poczucia zagubienia.

W rezultacie woli dystansować się zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie od innych członków rodziny. Rodzina z kolei odczuwa ulgę, gdyż utracone dziecko nie domaga się uwagi. Izolacja Zagubionego Dziecka znacząco wpływa na jego dobrostan emocjonalny. Takie dzieci często doświadczają uczucia pustki i strachu, co w efekcie ich oderwania prowadzi do braku przynależności i poczucia własnej wartości. W związku z tym unikają wszelkich form relacji interpersonalnych. Rozwój osobowości Zagubionego Dziecka zostaje poważnie utrudniony, co prowadzi do ograniczonej możliwości doświadczania bliskości i intymności w relacjach z innymi (Wegscheider-Cruse, 2000).

Jeśli jednak chodzi o rozwój psychiczny, jeśli rodzina sprzyja kreatywności i ją do niej zachęca, Zagubione Dziecko może mieć szansę rozkwitu w tym obszarze i zaangażowania się w zajęcia prezentujące jego własne zdolności twórcze.

W rodzinie alkoholowej najmłodsze dziecko, zwane Maskotką, często doświadcza dezorientacji z powodu sprzecznych sygnałów w dynamice rodziny. Prowadzi to do poczucia bezpodstawnej obawy o własny dobrostan psychiczny, co dodatkowo pogłębia istniejącą wcześniej obawę w rodzinie.

W konsekwencji Maskotka stara się złagodzić narastające napięcie psychiczne poprzez spontaniczne zachowania, często przybierające formę błazeństwa. W pewnym stopniu Maskotka dostrzega potencjalne zagrożenie dla zdrowia psychicznego i jedności rodziny. Maskotka, znana ze swoich spontanicznych zachowań, które przyciągają uwagę, często doświadcza głębokiego poczucia samotności.

Takie dzieci doskonale radzą sobie z manipulowaniem sytuacjami interpersonalnymi w celu osiągnięcia pożądanego rezultatu, skutecznie odwracając uwagę od podstawowych kłopotów rodziny. Ich zachowanie przypominające klauna często przyćmiewa prawdziwe zdolności, które pozostają niezauważone przez innych (Gąsior 2012).

Korzystając z określonych ról pełnionych przez dzieci w rodzinach alkoholowych także kolejni badacze analizowali ich zachowania. W swoich badaniach Ryś i Wódz (2003) badały

wpływ ról psychologicznych przyjmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych na ich potrzeby w wieku dorosłym. Autorki podkreślają, że wśród ankietowanych kobiet dominowała rola Zagubionego Dziecka. Tuż za nimi plasowały się role Bohatera Rodzinnego i Kozła Ofiarnego.

Wyniki badań wskazują na silną korelację pomiędzy konkretnymi rolami, jakie jednostka pełni w dzieciństwie, a odpowiadającą strukturą jej potrzeb w wieku dorosłym. Dorosłe Zagubione Dzieci wykazują zwiększoną skłonność do samoponiżania, nadmiernej samokrytyki, oraz poczucia winy i bezradności w relacjach społecznych.

Kobiety, które przyjmują tę rolę, mają zazwyczaj niską potrzebę autonomii i wykazują minimalną agresywność. Z drugiej strony dorosłe Maskotki wykazują samowystarczalność i kreatywność w swoim myśleniu i percepcji. Kobiety przyjmujące tę rolę, mają tendencję do unikania prawdziwej bliskości emocjonalnej.

Dorosłe Kozły Ofiarne wykazują wysoką potrzebę agresji, niską potrzebę wsparcia i zmniejszony poziom podporządkowania. Jednak mają tendencję do przyciągania uwagi innych. Z kolei dorosłe Bohaterki Rodzinne pragną wykazać się większą niezależnością w swoich działaniach.

Złożoność ról, jakie przyjmują dzieci z rodzin alkoholowych, wciąż rodzi pytania, szczególnie w kontekście polskiego społeczeństwa. Na obecną sytuację wpływa brak odpowiednich narzędzi pomiarowych w polskich warunkach. Żaden z zagranicznych kwestionariuszy nie został przystosowany do dokładnej oceny podatności na zaburzenia u dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi.

W literaturze omawiane są dwa główne typy modeli podatności: proste i złożone modele mediacji. Proste modele mediacji skupiają się na podstawowych mechanizmach psychobiologicznych, które przyczyniają się do zwiększonej bezbronności dzieci rodziców alkoholików. Modele te można podzielić na trzy szerokie grupy:

- modele związane z indywidualnymi różnicami w reakcji na alkohol;
- modele związane z indywidualnymi różnicami w motywacji do spożywania alkoholu;
- inne modele, które nie mieszczą się w dwóch poprzednich kategoriach.

Pierwsza grupa modeli podatności sugeruje, że dzieci alkoholików wykazują specyficzną reakcję na etanol, co stanowi istotny czynnik ryzyka przyszłego alkoholizmu. Założenie to implikuje wrodzoną predyspozycję do bardziej wrażliwego reagowania na wzmacniające i pozytywne skutki alkoholu.

Podatność dzieci alkoholików na zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu jest bezpośrednio powiązana z ich pozytywną reakcją na wzmacniające działanie etanolu. To stawia je w grupie wysokiego ryzyka rozwoju alkoholizmu. Cierpiałkowska i Grzegorzewska (2016) stwierdziły nawet, że: „[...] dzieci alkoholików są 4 razy bardziej podatne na uzależnienia i mają 3-krotnie niższe szanse na pozytywną adaptację niż ich rówieśnicy [...]”.

Dzieci alkoholików wykazują zwiększoną wrażliwość na przyjemne skutki alkoholu, takie jak relaksacja, poprawa nastroju i zmniejszenie stresu. Ta zwiększona wrażliwość może skutkować bardziej pozytywnymi reakcjami na spożycie alkoholu w porównaniu z rówieśnikami. W związku z tym mogą zwiększyć spożycie alkoholu, aby częściej doświadczać tych pozytywnych efektów.

Trzeba jednak pamiętać, że sama zwiększona wrażliwość nie wystarczy do określenia ryzyka i podatności danej osoby na alkoholizm. Należy również wziąć pod uwagę inne czynniki, takie jak indywidualne różnice w skłonności do spożywania alkoholu. Uważa się, że dzieci alkoholików reagują na alkohol w bardzo specyficzny sposób, a ta reakcja to wyraźny czynnik ryzyka rozwoju alkoholizmu w przyszłości. Badacze zakładają, że u większości dzieci alkoholików występuje wrodzona większa wrażliwość na wzmacniające i pozytywne skutki działania alkoholu. Dlatego może to sugerować, że dzieci alkoholików mogą doświadczać więcej różnorodnych reakcji po spożyciu podobnej dawki alkoholu jak ich rówieśnicy z rodzin nie wykazujących problemów alkoholowych (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016).

Ponadto inne badania wskazują, że na zwiększone dobrowolne spożycie alkoholu obserwowane u dzieci alkoholików wpływają warunki środowiskowe, takie jak przebywanie w towarzystwie osób pijących lub stawianie czoła stresującym sytuacjom życiowym z ograniczonymi mechanizmami radzenia sobie.

Odmienne podejście do zrozumienia wpływu alkoholu skupia się na wzmacniających właściwościach, jakie posiada. Perspektywa ta sugeruje, że podatność jednostki na alkohol może wynikać z początkowej niewrażliwości na jego pozytywne skutki. Kiedy dziecko, którego rodzice są uzależnieni, nie doświadcza tych pozytywnych efektów i nie ma samoświadomości, może zwiększyć spożycie alkoholu, próbując osiągnąć pożądane efekty. Z biegiem czasu zwiększone spożycie może prowadzić do szybkiej eskalacji tolerancji i rozwoju objawów uzależnienia. Ten prosty model mediacji uwzględnia także inne czynniki, takie jak ograniczona wrażliwość na negatywne skutki alkoholu, skłonność do rozszerzania tolerancji, oraz zwiększone oczekiwania, co do jego pozytywnych skutków.

Inny zestaw modeli podatności zakłada, że dzieci osób cierpiących na zaburzenia psychiczne związane z alkoholem są z natury bardziej zmotywowane do spożywania alkoholu w porównaniu z dziećmi z rodzin, w których problem ten nie występuje. Ta wewnętrzna motywacja do picia alkoholu może wynikać z różnych przyczyn. Jednym z czynników zwiększających prawdopodobieństwo doświadczania przez dzieci alkoholików negatywnych stanów emocjonalnych jest ich skłonność do sięgania po alkohol w celu poszukiwania ulgi i samoleczenia (Cloninger, 1987). Dodatkowo, osoby te mają tendencję do angażowania się w poszukiwanie doznań, co wiąże się z pragnieniem odmiennych stanów świadomości. Chociaż poszukiwanie wrażeń jest podobne do poszukiwania nowości, jest to odrębna cecha temperamentu. Badania wykazały, że dzieci uzależnionych rodziców są bardziej podatne na używanie substancji psychoaktywnych, w tym narkotyków i alkoholu (Cadoret i in., 1986).

Sugeruje to, że zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych nie są wyłącznie reakcją na alkohol, ale raczej odzwierciedleniem zmian w motywacji i świadomości. Pogląd ten potwierdzają badania pokazujące, że dzieci uzależnionych rodziców wykazują podwyższony poziom poszukiwania wrażeń (Zuckerman i in., 1980) i nowości (Sher i in., 1991).

Impulsywność jest także kolejnym czynnikiem wpływającym na podatność dzieci alkoholików. Osłabienie rozwoju skutecznych mechanizmów kontrolowania picia przypisuje się trudnościom w zarządzaniu reakcjami i rozważaniu alternatywnych możliwości reakcji. Choć koncepcja impulsywności jest intrygująca w swoim potencjalnym znaczeniu etiologicznym, brakuje jej pełnego potwierdzenia empirycznego.

Nieskuteczne strategie radzenia sobie są ściśle powiązane z impulsywnością i odgrywają kluczową rolę w rozwoju problemów u dzieci alkoholików. Szkodliwe sposoby radzenia sobie ze stresem, które obejmują zmniejszone zdolności intelektualne, deficyty poznawcze i upośledzone umiejętności rozwiązywania problemów, są wskaźnikami nieadaptacyjnego radzenia sobie.

W przeciwieństwie do osób dysponujących szerszą gamą możliwości radzenia sobie, osoby preferujące nieskuteczne strategie mogą sięgnąć po alkohol, jako sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Co więcej, pozytywne oczekiwania jednostki, co do skutków alkoholu służą, jako mediator zwiększający podatność na zranienie. Na oczekiwania te wpływają zarówno czynniki genetyczne, jak i osobista reakcja jednostki na alkohol.

Wykazano, że wczesna interakcja między dziećmi alkoholików a ich nadużywającymi alkoholu rodzicami przyczynia się do szybkiego rozwoju pozytywnych oczekiwań wobec

alkoholu, jeszcze zanim uzyskają one pierwsze doświadczenia z piciem. Oznacza to, że ich oczekiwania dotyczące pozytywnych skutków alkoholu mogą zakorzenić się w młodym wieku, stanowiąc motywację do poszukiwania alkoholu.

Istnieją również inne czynniki niezwiązane ze spożyciem alkoholu, które mogą zwiększać podatność tych dzieci, takie jak ich funkcjonowanie społeczne. Niepowodzenia szkolne mogą prowadzić do odrzucenia społecznego, niższej samooceny i większego prawdopodobieństwa dołączenia do odbiegających od normy grup rówieśniczych. Dotychczasowe badania potwierdziły rolę doświadczeń szkolnych i sukcesów szkolnych w tej podatności. Zakłada się, że dzieci osób z zaburzeniami wynikającymi ze spożywania alkoholu są bardziej wewnętrznie zmotywowane do konsumpcji alkoholu niż dzieci z rodzin bez tego problemu. Wewnętrznym motywatorem może być np. skłonność dzieci alkoholików do przeżywania negatywnych stanów emocjonalnych, a w konsekwencji do częstszego spożywania alkoholu w celu doznania ulgi i „samoleczenia”. Innym motywem może być poszukiwanie zmienionych stanów świadomości, ale także impulsywność, obniżająca efektywną kontrolę picia (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016).

Aby w pełni zrozumieć przenoszenie alkoholizmu, należy wziąć pod uwagę złożone interakcje pomiędzy wpływami biologicznymi i środowiskowymi. Współczesne modele uwzględniają obecnie wzajemne oddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych.

Najnowsze badania wskazują, że bycie dzieckiem rodziców cierpiących na zaburzenia psychiczne wywołane alkoholem nie musi oznaczać zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń. Wbrew powszechnemu przekonaniu raporty empiryczne sugerują, że dzieci alkoholików stanowią zróżnicowaną grupę, a wiele z nich dobrze funkcjonuje pomimo trudnych okoliczności spowodowanych piciem rodziców.

Badanie odporności psychicznej dzieci osób uzależnionych od alkoholu jest stosunkowo nowym obszarem badań. Wczesnym badaniom na ten temat brakowało rygorystyczności metodologicznej i precyzji definicji, obecnie jednak coraz większą uwagę poświęca się tym zagadnieniom.

W literaturze odporność psychiczna jest postrzegana, jako złożony proces, na który składa się wiele czynników umożliwiających skuteczne radzenie sobie w trudnych sytuacjach życiowych i sprzyjających pozytywnej adaptacji (Grzegorzewska, 2013a, 2013b; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2015; Luthar i in., 2000). W procesie tym biorą udział różne czynniki ochronne wchodzące w interakcję z zagrożeniami - zmniejszające, albo kompensujące ich wpływ. Podana definicja odporności psychicznej zakłada dwa zasadnicze

warunki: narażenie na niekorzystne zdarzenia życiowe oraz zdolność do osiągnięcia pozytywnych wyników pomimo znaczących zakłóceń w rozwoju proces.

Odporność, jako koncepcja koncentruje się na dostępnych zasobach, a nie na deficytach, szczególnie u dzieci doświadczających długotrwałego stresu. Ta perspektywa pozwala lepiej zrozumieć, w jaki sposób dzieci i młodzież mogą nadal doświadczać zdrowego rozwoju, pomimo narażenia na czynniki ryzyka związane z alkoholizmem rodziców.

Modele odporności psychicznej podkreślają czynniki łagodzące, które wchodzi w interakcję z ryzykiem, ostatecznie wpływając na ogólne wyniki rozwojowe. Mechanizmy zaangażowane w ten proces skupiają się wokół zdolności do równoważenia szkodliwych skutków zagrożeń lub minimalizowania ich wpływu na jednostkę.

Garmezy (1984) jako pierwszy zaproponował model omawiający pozytywną adaptację dzieci z grup ryzyka. W swoim modelu zidentyfikował trzy hipotetyczne modele tej interakcji:

- model zrównoważonego ryzyka (znany również, jako model kompensacyjny),
- model redukcji ryzyka (znany również, jako model odporności),
- model wyzwania.

Według modelu zrównoważonego ryzyka, czynniki ochronne bezpośrednio wpływają na zachowanie i łagodzą negatywny wpływ czynników ryzyka, bądź też skracają czas narażenia na te czynniki. Na przykład w rodzinach, w których rodzic pije, dziecko może doświadczać ciągłego i szkodliwego stresu, który prowadzi do problemów behawioralnych.

Jednakże obecność pozytywnej dorosłej osoby w życiu dziecka, takiej jak ciotka, nauczycielka czy trener, może modyfikować wpływ ryzyka płynącego ze środowiska rodzinnego.

Z drugiej strony model redukcji ryzyka zakłada, że czynniki ochronne oddziałują z czynnikami ryzyka, aby zmniejszyć ich negatywny wpływ na zachowanie jednostki. Pozwalają tym samym przerwać negatywną reakcję łańcuchową wywołaną niekorzystnymi doświadczeniami życiowymi. Przykładem tego jest ochronna funkcja wsparcia rodziców w okresie dojrzewania, która łagodzi wpływ rówieśników mogących kierować jednostkę na nieprzystosowane ścieżki rozwoju.

Trzecia rama koncepcyjna zakłada, że umiarkowany poziom ryzyka może służyć, jako zabezpieczenie przed szkodliwym wpływem różnych czynników. Jednocześnie przygotowują jednostki do stawienia czoła bardziej wymagającym wyzwaniom. Zachowanie równowagi jest niezwykle istotne, gdyż zarówno niewystarczające, jak i nadmierne ryzyko może zakłócić zdrowy rozwój.

Wczesne nabycie umiejętności radzenia sobie zwiększa ich przygotowanie na przyszłe przeciwności losu. I odwrotnie, nadmierna ochrona rodzicielska utrudnia funkcjonowanie dziecka sprawiając, że nie jest ono w stanie poradzić sobie z nawet drobnymi frustracjami. Z drugiej strony nieodpowiednia, jakość opieki zakłóca funkcjonowanie dziecka do tego stopnia, że prowadzi albo do przedwczesnej dojrzałości, albo do wystąpienia poważnych zaburzeń (Garmezy, 1984).

Jednakże trzeci hipotetyczny model odporności psychicznej Garmezy'ego okazuje się zbyt ograniczony w zakresie wyjaśnienia skomplikowanych mechanizmów odpowiedzialnych za wspieranie pozytywnej adaptacji u dzieci ze środowisk wysokiego ryzyka (Garmezy, 1984).

Fergus i Zimmerman (2005) starali się rozszerzyć hipotetyczne podejście Garmezy'ego, proponując trzy dodatkowe modele teoretyczne wyjaśniające mechanizm rozwoju odporności psychicznej:

- model ochronno-stabilizujący,
- model ochronno-reaktywny,
- model szczepienia.

W modelu stabilizującym ryzyko, obecność czynników ochronnych służy równoważeniu negatywnych skutków ryzyka. Oznacza to, że nasilenie zaburzeń obarczonych wysokim poziomem ryzyka obserwuje się tylko wtedy, gdy nie występują czynniki chroniące. Przykładem tego są sytuacje, w których brakuje opieki rodzicielskiej, co często prowadzi do uzewnętrzniania problemów nastolatków w okresie dojrzewania. Brak znaczących dorosłych postaci, takich jak mentorzy czy nauczyciele wspierający, można zrekomensować obecnością godnej zaufania osoby dorosłej, neutralizującej szkodliwy wpływ braku nadzoru rodzicielskiego.

W modelu ochronno-reaktywnym obecność czynników ochronnych ogranicza związek pomiędzy ryzykiem, a rozwojem zaburzeń, choć nie eliminuje go całkowicie. Doskonałym przykładem tego modelu jest związek między używaniem alkoholu przez młodzież (czynnik ryzyka), a ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (skutek negatywny). W przypadku braku czynników ochronnych, takich jak udział w programach edukacyjnych, związek między niektórymi czynnikami staje się silniejszy.

Ostatni z proponowanych modeli, znany, jako model szczepień, sugeruje, że powtarzające się narażenie na niski poziom ryzyka może w rzeczywistości uodpornić osobę na jego negatywne skutki. Model ten jest podobny do modelu redukcji ryzyka Garmezy'ego (1984), który podkreśla, że czynniki wpływające na jednostkę mogą być

postrzegane, jako ryzykowne, jeśli skutkują negatywnymi skutkami rozwojowymi. W rzeczywistości jednak mogą mieć działanie ochronne, jeśli nauczą jednostkę, jak korzystać z zasobów osobistych i wsparcia społecznego w obliczu trudnych doświadczeń życiowych.

Jeśli młoda osoba pomyślnie poradzi sobie z niskim poziomem ryzyka, istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie w stanie poradzić sobie z podwyższonym ryzykiem w przyszłości.

Podsumowując, dzieciństwo to cenny czas w życiu, w którym dziecko otoczone miłością rodziców powinno czuć się bezpiecznie w otaczającym je ogromnym świecie (Czekirda, 2007). Relacje rodzicielskie odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zachowań nastolatków (Mazur i in., 2003).

Dzieci rodziców alkoholików często mają trudności z radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami i emocjami, co prowadzi do zachowań nadpobudliwych i braku motywacji do podejmowania wyzwań społecznych (Graniger, 2006).

Nawet, jeśli dzieci nie miały kontaktu z alkoholem przed urodzeniem, mogą nadal doświadczać pośrednich konsekwencji, takich jak rozwód, stres rodzicielski, zaburzenia afektywne lub lękowe, a także częste zmiany w dynamice rodziny i warunkach życia (Adger i Werner, 2007).

Negatywne skutki alkoholizmu rodziców są poważniejsze, gdy dzieci są narażone na alkoholizm we wczesnym wieku. W dzieciństwie, kiedy wrażliwość jest podwyższona, młodzi ludzie są bardziej podatni na rozwój cech dysfunkcyjnych, które są powszechnie obserwowane u Dorosłych Dzieci Alkoholików.

Szkodliwy wpływ alkoholizmu rodziców na dzieci jest wieloaspektowy (Wójcik, 2003). Obecność aktywnego alkoholizmu w rodzinie prowadzi do zamkniętego systemu, który izoluje się od świata zewnętrznego, napędzany poczuciem wstydu, winy i usztywnienia emocjonalnego. System ten izolowany jest również cyklem zaprzeczeń i złudzeń zarówno wśród alkoholika, jak i pozostałych członków rodziny.

Chociaż taki mechanizm radzenia sobie pozwala na stosunkowo funkcjonalne zachowanie w otoczeniu zewnętrznym, zakłóca zdrową dynamikę w rodzinie. Wyłania się nowa struktura rodziny, całkowicie skupiona wokół osoby uzależnionej.

Niestety środowisko to nie zaspokaja podstawowych potrzeb dziecka w zakresie akceptacji, miłości i bezpieczeństwa, utrudniając jego harmonijny rozwój. Brak właściwych relacji między rodzicami w rodzinach alkoholowych powoduje dysfunkcje ról, wynikające

z długotrwałego narażenia na stres, a to z kolei może prowadzić do trwałych zaburzeń emocjonalnych dziecka w życiu dorosłym (Cielecka-Kuszyk, 2007).

ROZDZIAŁ III

CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ WIEKU DZIECIĘCEGO WYNIKAJĄCA Z PROBLEMÓW DORASTANIA W RODZINIE ALKOHOLOWEJ

3.1. Zaburzenia w rozwoju fizycznym i emocjonalnym dzieci

Okres dorastania, trwający od 10 do 23 roku życia, obejmuje zarówno wczesną, jak i późną fazę tego okresu rozwojowego. Charakteryzuje się szybkimi przemianami w różnych aspektach funkcjonowania jednostki, w tym w biologii, poznaniu, emocjach i interakcjach społecznych.

Godnym uwagi aspektem tego etapu jest przyspieszone dojrzewanie fizyczne, które ma miejsce w ostatnich latach. Jest to czas, w którym młodzi ludzie często angażują się w ryzykowne i odważne zachowania podczas eksploracji różnych zajęć. Ponadto muszą poradzić sobie z przejściem do nowych szkół, np. szkół średnich, dostosowując się jednocześnie do zwiększonych wymagań edukacyjnych.

W sferze społecznej młodzież staje przed wyzwaniem w zakresie ustanawiania autonomii w relacjach z rodzicami, nawiązywania dojrzałych relacji z rówieśnikami obu płci oraz rozwijania i utrzymywania relacji intymnych (Oleszkowicz i Senejko, 2013).

Aby zrozumieć trajektorie rozwojowe nastolatków z rodzin alkoholowych, konieczne jest zbadanie czynników ryzyka i zasobów istniejących na poziomie indywidualnym, rodzinnym i pozarodzinnym. Należy pamiętać, że przebieg i dynamika zmian rozwojowych w okresie dojrzewania jest indywidualna dla każdego człowieka.

Tempo niektórych zmian może być różne, przy czym niektóre zachodzą szybciej, a inne postępują bardziej równomiernie. Przykładami tych zmian jest dojrzewanie biologiczne, pojawienie się zainteresowania płcią przeciwną i rosnące znaczenie relacji rówieśniczych. Proces osiągnięcia kamieni milowych w rozwoju jest procesem dynamicznym i obustronnym.

Na ścieżki rozwoju nastolatków, szczególnie pod względem radzenia sobie z presją rówieśniczą, duży wpływ mają czynniki indywidualne, takie jak okres dojrzewania i osobowość, a także skuteczne i spójne podejście do nadzoru rodzicielskiego i dynamiki grupy rówieśniczej.

W literaturze pojawiają się teorie sugerujące, że dojrzewanie biologiczne dzieci alkoholików może zwiększać ich podatność na zaburzenia oraz powodować dodatkowy stres i napięcie w rodzinie (Steinberg, 1990; Molina i Chassin, 1996), zwiększając tym samym ryzyko zaburzeń psychicznych, problemy zdrowotne i utrudniając realizację zadań rozwojowych (Windle i Davies, 2003; Cierpiałkowska i Ziarko, 2006).

Oprócz czynników związanych z dojrzewaniem istnieją inne, niezwiązane z alkoholem zmienne, które mogą utrudniać realizację zadań rozwojowych w okresie dojrzewania. Jedną z takich zmiennych jest temperament i osobowość, które odgrywają kluczową rolę w radzeniu sobie z wyzwaniami życia, wpływając na reaktywność emocjonalną i regulację zachowania.

W okresie dojrzewania trudny temperament, charakteryzujący się wysokim pobudzeniem, niską orientacją na cele, impulsywnością, sztywnością i negatywnym nastrojem, może znacząco wpływać na trajektorie rozwojowe i przewidywać przyszłe problemy (Windle i in., 2009).

Pewne cechy osobowości, takie jak silna potrzeba stymulacji, zależność od nagród, niewrażliwość na kary, agresja i niska kontrola zachowania, mogą również zakłócać rozwój nastolatków i zwiększać podatność na inicjację alkoholową i inne zaburzenia psychiczne (Cloninger i in., 1988; Tubman i Windle, 1995; Zucker, 2006).

Pomimo rosnącej niezależności nastolatków, relacja rodzic-dziecko pozostaje czynnikiem wpływającym na kształtowanie ścieżek rozwojowych. Badania wskazują, że alkoholizm rodziców i związane z nim problemy negatywnie wpływają, na jakość wsparcia rodziców i konsekwencję w wychowaniu (Zucker, i in., 2000; Cierpiałkowska, 2003; Grzegorzewska, 2011a).

Wyjątkowy charakter alkoholizmu przyczynia się do wyzwań stojących zarówno przed pijącymi, jak i niepijącymi rodzicami, jeśli chodzi o okazywanie zainteresowania swoim dzieciom i skuteczne zarządzanie ich rozwojem. Wyzwania te objawiają się na różne sposoby, takimi jak niekonsekwentne zachowanie rodziców, agresywne egzekwowanie obowiązków przez rodzica alkoholika oraz niedostępność emocjonalna w trudnych sytuacjach.

Alkoholizm rodziców powoduje także inne czynniki ryzyka, które bezpośrednio wpływają na dynamikę rodziny, w tym niestabilne interakcje rodziców, brak wsparcia, wysoki poziom konfliktów i nadmierny stres, a wszystko to utrudnia funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny. Ponadto, istnieją czynniki inne niż alkoholowe, które

przyczyniają się do tych wyzwań, takie jak ogólnie niskie predyspozycje, zarówno osobowościowe, jak i środowiskowe, do pełnienia roli rodzicielskiej.

Wpływy te mogą wynikać ze współistniejących zaburzeń psychicznych lub ogólnego braku umiejętności rozpoznawania i dostosowywania się do potrzeb rozwojowych nastolatków. Biorąc pod uwagę te czynniki, możliwe jest zidentyfikowanie wzajemnie powiązanych ścieżek ryzyka związanych z alkoholizmem rodziców.

Wpływ dorastania w rodzinie alkoholowej na realizację zadań rozwojowych w okresie adolescencji można pośrednio zaobserwować poprzez dobór grup rówieśniczych. Trudne środowisko domowe zwiększa prawdopodobieństwo, że dzieci alkoholików będą przyciągać rówieśników o podobnych postawach i zachowaniach. Zjawisko to powszechnie określa się mianem modelu selekcji rówieśniczej.

Badania przeprowadzone przez Currana, Stice'a i Chassina (1997) potwierdzają, że młodzież pochodząca z rodzin z problemem alkoholowym, a także ich przyjaciele, odnotowują wyższe spożycie substancji psychoaktywnych w porównaniu z rówieśnikami z rodzin bez tego problemu. Można to przypisać hipotezie, że w okresie dojrzewania następuje wzrost identyfikacji płciowej, szczególnie wśród chłopców, którzy są bardziej skłonni do podporządkowania się wpływom rówieśników i przyjęcia norm grupowych, co prowadzi do angażowania się w zachowania ryzykowne i aspołeczne (Aseltine, 1995).

Dużą rolę odgrywają tu presje socjalizacyjne ze względu na płć – społeczeństwo oczekuje od chłopców podejmowania nowych wyzwań oraz zdobywania autonomii i niezależności w podejmowaniu decyzji, co sprzyja eksperymentowaniu i zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania ryzykownych zachowań w grupach rówieśniczych.

Z kolei dziewczęta, którym tradycyjnie przypisuje się zadania związane z utrzymaniem harmonii interpersonalnej i ostrożnością w stosunku do nowych doświadczeń, mogą wykazywać opóźnienie w procesie eksperymentowania i naśladowania zachowań niedostosowanych społecznie (Windle i Davies, 2003).

Co więcej, badania prowadzone z perspektywy psychopatologii rozwojowej podkreślają płć, jako czynnik modyfikujący trajektorię rozwojową dzieci, których rodzice są alkoholikami. Trajektorie rozwojowe młodych dziewcząt wychowywanych w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym różnią się jakościowo od ścieżek rozwojowych chłopców, chociaż wyniki nie zawsze są jednoznaczne.

Naturalna skłonność dziewcząt do budowania harmonijnych relacji i utrzymywania pozytywnego środowiska rodzinnego może służyć celom adaptacyjnym. Jednak ich

zwiększona wrażliwość na dysharmonię może prowadzić do zwiększonego stresu i obciążenia psychicznego, zaostrzając zaburzenia internalizacyjne.

Badania Chase-Lansdale, Wakschlag i Brooks-Gun (1995) oraz Davies i Windle (1997) potwierdzają tę tezę. Z drugiej strony chłopcy, zwłaszcza synowie alkoholików, często mają trudności z samoregulacją i kontrolą zachowania, co można częściowo przypisać temperamentowi.

Trudności te mogą skutkować wyzwaniami w nauce i gorszymi wynikami w szkole. Co więcej, brak sukcesów i konflikty interpersonalne przyczyniają się do ich wykluczenia z normatywnych grup rówieśniczych, prowadząc do obcowania z osobami, które mają podobne problemy emocjonalne i społeczne (Pihl i Bruce, 1995; Chassin i in., 2013).

Czynniki konstytucyjne związane z alkoholizmem w rodzinie, a także agresja i przemoc rodziców, przyczyniają się do zachowań impulsywnych i nadmiernej aktywności u potomstwa. Zachowania te dodatkowo komplikują relacje międzyludzkie i utrudniają przeżywanie pozytywnych stanów emocjonalnych.

Chłopcy z tą szczególną konfiguracją cech osobowości mają tendencję do uzewnętrzniania swoich problemów. Szeroko zakrojone badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że dzieci alkoholików stają przed poważnymi wyzwaniami, jeśli chodzi o realizację określonych zadań rozwojowych w okresie nastoletnim.

Na przykład badania dotyczące relacji międzyludzkich wśród nastolatków wykazały, że aż 87% nastolatków z rodzin alkoholowych ma trudności z nawiązaniem zdrowych relacji z rówieśnikami. Dodatkowo 64% tych nastolatków ma trudności w nawiązywaniu relacji z osobami odmiennej płci z powodu braku zaufania i zwiększonej podejrzliwości (Booz-Allen i Hamilton, 1974).

Dorastanie w rodzinie alkoholowej ma także głęboki wpływ na rozwój spójnego i zintegrowanego poczucia tożsamości (Beletsis i Brown, 1981). Niezdolność do eksploracji różnych aspektów siebie i otrzymania konstruktywnej informacji zwrotnej od rodziców i rówieśników może prowadzić do poważniejszych problemów z samoidentyfikacją (Park i Schepp, 2015). Im dłużej dziecko pozostaje na określonej trajektorii rozwojowej, zarówno adaptacyjnej, jak i nieprzystosowawczej, tym bardziej się ono zakorzeni.

Szeroko zakrojone badania konsekwentnie wykazały, że wczesne niedostosowanie rozwojowe przyczynia się do utrwalania niewłaściwych wzorców zachowań, zwłaszcza uzewnętrzniania problemów. W rezultacie jest wysoce prawdopodobne, że trajektorie rozwojowe prowadzące do zachowań problemowych pojawiających się dopiero w okresie

dojrzewania mają charakter przejściowy i niestabilny (Cicchetti i Cohen, 1995; Zucker i in., 1995).

Skomplikowane ramy czynników psychospołecznych i konstytucjonalnych leżących u podstaw związku między alkoholizmem rodziców a podatnością potomstwa na zaburzenia zostały wyjaśnione za pomocą modeli obejmujących wiele zmiennych pośredniczących i modyfikujących.

Chassin wraz z zespołem (2013) nakreślił złożoną sieć czynników, które pośredniczą w wpływie alkoholizmu rodziców. Te zmienne pośredniczące obejmują złagodzenie nadzoru rodzicielskiego, negatywny afekt, oraz stowarzyszenia z rówieśnikami uzależnionymi od narkotyków. Niemniej jednak modele uwzględniające liczne zmienne modyfikujące muszą uwzględniać zasadę relatywizmu kontekstowego i środowiskowego.

Niedawne badania podważają pogląd, że czynniki ochronne występujące w rodzinach alkoholowych, takie jak pozytywne relacje rodzic-dziecko, powszechnie zapewniają ochronę we wszystkich kontekstach. Według badań przeprowadzonych przez Andrews, Hopsa i Ducana (1997) w przypadku nadużywania alkoholu w rodzinie silne więzi między rodzicami, a dziećmi mogą w rzeczywistości zwiększać podatność młodych osób na rozwój pewnych zaburzeń, takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Stwierdzono, że pozytywna relacja pomiędzy rodzicem alkoholikiem a dzieckiem może wpływać na zachowanie dziecka, kształtując je zgodnie ze wzorcami spożycia alkoholu przez rodzica. Podkreśla to znaczenie uwzględnienia szerszego kontekstu środowiskowego w zrozumieniu modyfikującego wpływu czynników.

Pomysł ten znajduje dalsze potwierdzenie w badaniach Barrery, Li i Chassin (1995), które odkryły, że konflikty rodzinne odgrywają znaczącą rolę w pośredniczeniu w wpływie alkoholizmu rodziców na poziom stresu u potomstwa. Jednak ten efekt mediacji zaobserwowano jedynie u dzieci alkoholików. W Polsce przeprowadzono niewiele badań dotyczących realizacji zadań rozwojowych przez dzieci z rodzin alkoholowych, a ich wyniki nie były jednoznaczne.

W badaniach Stępnia (1991) przeprowadzono analizę porównawczą mającą na celu zbadanie realizacji zadań rozwojowych w okresie dorastania, poziomu aspiracji do tych zadań oraz wsparcia rodzicielskiego wśród dzieci alkoholików w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej. W badaniu wzięło udział 48 rodzin z problemami alkoholowymi i 43 rodziny bez takich problemów.

Analiza skupiała się na pięciu kluczowych zadaniach rozwojowych: nawiązywaniu bliskich przyjaźni, okazywaniu dojrzałości, zarządzaniu sprawami osobistymi, zrozumieniu funkcjonowania państwa i planowaniu przyszłości.

Wyniki wykazały, że ogólnie młodzież z rodzin alkoholowych wykazywała jedynie niewielkie różnice w swoich obecnych osiągnięciach w porównaniu z młodzieżą z rodzin niealkoholowych. Zaobserwowano jednak pewne różnice, które można prawdopodobnie przypisać wyjątkowym doświadczeniom edukacyjnym w rodzinach dotkniętych alkoholizmem. W szczególności różnice te przejawiały się w niższym poziomie niezależności i słabszym pojmowaniu spraw politycznych.

Jednocześnie zaobserwowano, że młodzież z rodzin dotkniętych alkoholizmem wykazywała istotnie mniejszy entuzjazm w szybkim podejmowaniu się różnych zadań związanych z okresem dojrzewania w porównaniu z młodzieżą z grupy kontrolnej. Różnice dotyczyły przede wszystkim zadań związanych z kształtowaniem własnej perspektywy życiowej i samodzielnym prowadzeniem spraw osobistych, przy czym podobna tendencja występowała w pozostałych zadaniach.

Co ciekawe, w obu grupach młodych ludzi te same zadania uznawały za najważniejsze i najmniej ważne, co sugeruje, że obecność problemów alkoholowych w rodzinie nie zmienia hierarchii ważności zadań dorastających, choć osłabia ich chęć szybkiego je spełnić.

Badania Grzegorzewskiej (2011), w których wzięło udział 91 dzieci alkoholików zdrowiejących oraz dzieci z rodzin niedotkniętych problemami alkoholowymi, wykazały, że dzieci alkoholików zdrowiejących realizują zadania rozwojowe (z wyłączeniem zadania osiągnięcia samodzielności) na porównywalnym poziomie do dzieci alkoholików pijących oraz dzieci alkoholików pijących z rodzin nieobjętych chorobą. Wskazuje to na inicjację pozytywnych zmian rozwojowych w obrębie tych rodzin.

Dość zaskakującym jest fakt, że dzieci pochodzące z rodzin dotkniętych alkoholizmem, niezależnie od tego, czy ojciec aktywnie pije, czy też wraca do zdrowia, wykazują obniżony poziom samodzielności i mają trudności z nawiązaniem niezależnych relacji z rodzicami. Najbardziej niepokojące odkrycia pojawiły się podczas badania osiągnięć dzieci alkoholików w okresie dojrzewania, dostarczając dalszych dowodów na poparcie poglądu, że alkoholizm rodziców ma szkodliwy wpływ na ogólny rozwój dzieci.

Porównując warunki realizacji zadań rozwojowych w rodzinach alkoholowych z rodzinami, których ojciec jest alkoholikiem zdrowiejącym lub nieleczącym, a także rodzinami, w których problemy alkoholowe nie są dotknięte, staje się oczywiste, że każda

grupa osób staje w obliczu odrębnego zestawu czynników, które wpływają na ich zdolność do wykonywania tych zadań.

Wyniki badania ujawniły kilka czynników, które przyczyniają się do pomyślnej realizacji zadań rozwojowych różnych grup. W przypadku dzieci alkoholików spożywających alkohol znaczącą rolę odegrało pełnienie przez matkę dziecka funkcji rodzicielskich, charakteryzujących się silną więzią i kontrolą. Z kolei dzieci alkoholików poddane leczeniu wykazywały cechy temperamentu, takie jak wysoki poziom zahamowania, ruchliwość i zrównoważone procesy nerwowe, a także intensywne, pozytywne doświadczenia życiowe.

W grupie dzieci niealkoholowych, jako cechy temperamentu dziecka, w tym wysokiego poziomu pobudzenia i hamowania, mobilności i zrównoważonych procesów nerwowych, a także pełnienia przez obojga rodziców funkcji rodzicielskich, charakteryzujących się silnym połączeniem i kontrolą, uznano czynniki ułatwiające (AlSaad i in., 2023).

Istniały jednak także czynniki utrudniające osiągnięcie niezależności od rodziców. W grupie dzieci zdrowiejących alkoholików wysoki poziom kontroli sprawowanej przez matkę dziecka okazał się hamujący. Podobnie w grupie dzieci niealkoholików, jako przeszkodę wskazano wysoki poziom negatywnych doświadczeń życiowych. Natomiast badania AlSaad i in., (2023) wykazały, że synowie rodziców będących alkoholikami wykazywali zachowania jawnego oporu wobec świata, podczas gdy córki bardziej bały się swoich rodziców i wykazywały kompulsywne im podporządkowanie.

Podsumowując, oczywiste jest, że dzieci alkoholików narażone są na liczne czynniki ryzyka i zasoby, które wpływają na ich rozwój. Czynniki te występują na poziomie indywidualnym, rodzicielskim, rodzinnym i rówieśniczym. Należy zachować ostrożność przy przypisywaniu problemów rozwojowych dzieciom alkoholików, ponieważ wiele z nich rozwija się prawidłowo i podąża stosunkowo prostą ścieżką.

Na pomyślną realizację zadań rozwojowych na różnych etapach wpływają różne czynniki, które oddziałują na podatność i odporność tych dzieci. Dlatego badacze odgrywają kluczową rolę w identyfikowaniu czynników ochronnych, pośredniczących i modyfikujących, które rzucają światło na różnorodne trajektorie rozwojowe i wyniki dzieci alkoholików. Zwiększone ryzyko problemów psychicznych wynika zarówno ze specyficznych, jak i nieswoistych czynników związanych z nadużywaniem lub uzależnieniem rodziców od alkoholu, podatnością i odpornością samych dzieci oraz pozytywnym wpływem ich środowiska pozarodzinnego.

Kiedy kumuluje się wiele czynników ryzyka i brakuje zasobów, wzrasta prawdopodobieństwo problemów psychicznych u potomstwa osób pijących szkodliwie lub uzależnionych. Twierdzenie to potwierdzają nie tylko doniesienia kliniczne, ale także liczne badania empiryczne. Trudności mogą objawiać się na różnych etapach życia dziecka, w okresie dojrzewania i dorosłości, wpływając na różne aspekty jego funkcjonowania i potencjalnie prowadząc do eksternalizacji lub internalizacji problemów.

Wpływ spożycia alkoholu przez rodziców na dobrostan i funkcjonowanie dzieci jest tematem zainteresowania zarówno badaczy, jak i klinicystów od wielu lat. Szeroko zakrojone badania w tej dziedzinie konsekwentnie wskazują, że picie alkoholu przez rodziców ma wpływ na dzieci, powodując zauważalne skutki w pięciu kluczowych obszarach: zdrowie fizyczne, zaburzenia zachowania, wczesne i nadmierne spożycie alkoholu, problemy emocjonalne i trudności w nauce. Stwierdzono, że dzieci te miały trudności w nauce spowodowane nadpobudliwością i trudnościami percepcyjnymi, co poważnie upośledzało ich zdolność do postrzegania tego, co działo się na zajęciach i organizowania swoich wrażeń (Flaherty, 2005).

Dzieci, których rodzice dopuszczają się szkodliwych zachowań związanych z piciem, są szczególnie podatne na różne choroby, dolegliwości i urazy fizyczne. Istotnym problemem jest wpływ picia alkoholu przez matkę w czasie ciąży na zdrowie dziecka. Takie zachowanie nie tylko przyczynia się do płodowego zespołu alkoholowego (FAS), ale prowadzi także do innych powikłań fizycznych. FAS wpływa na ośrodkowy układ nerwowy, ponieważ wpływa na aktywność dziecka, prowadząc do nadpobudliwości i impulsywności, które mogą być niepokojące w każdym środowisku społecznym, także w takim jak szkoła. Stwierdzono również, że zdolność skupienia uwagi jest zaburzona na wielu poziomach, a dzieci z FAS nie są w stanie pozostawać skupione, zwłaszcza w przypadku zadań wymagających skutecznego przetwarzania i aktywnego przypominania sobie informacji (Flaherty, 2005).

Skala tego problemu jest znacząca, ponieważ Światowa Organizacja Zdrowia, WHO (2006) uznaje FAS za jedną z trzech głównych przyczyn opóźnień rozwojowych u niemowląt, obok zespołu Downa i zespołu łamliwego chromosomu X. Badania przeprowadzone pod koniec lat 70. XX wieku wykazały, że u dzieci urodzonych przez matki spożywające alkohol w czasie ciąży wykazano dwukrotnie więcej nieprawidłowości po urodzeniu w porównaniu z dziećmi urodzonymi przez matki abstynentkę (Ouellette i in., 1977). Co więcej, u tych niemowląt tempo wzrostu i przyrost masy ciała były wolniejsze (Streissguth, 1977).

Nowsze badania rozszerzyły te ustalenia, odkrywając dodatkowe konsekwencje prenatalnego narażenia na alkohol. Oprócz zwiększonego ryzyka samoistnych poronień, picie alkoholu w czasie ciąży wiąże się z zaburzeniami wzrostu zarówno w okresie prenatalnym, jak i poporodowym, urazami okołoporodowymi oraz deficytami neurorozwojowymi, w tym niepełnosprawnością umysłową u potomstwa (Stratton i in., 1996; Kesmodel i in., 2002).

Dzieci rodziców pijących problemowo również borykają się z szeregiem problemów zdrowotnych, które są w istotny sposób powiązane z problemem alkoholowym ich rodziny. Na przykład dzieci w wieku przedszkolnym z rodzin alkoholowych są o 65% bardziej narażone na choroby somatyczne w porównaniu do dzieci z rodzin niealkoholowych (Putnam, 1985).

Dodatkowo, są bardziej podatne na alergie, przeziębienia, choroby gardła, anemię (Moos i Billings, 1982), a także zaburzenia ze strony układu trawiennego i zaburzenia odżywiania (Kanter i in., 1992; Chandy i in., 1995;).

Badania Woodside (1993) ujawniły wpływ dorastania w domu alkoholowym na zdrowie fizyczne dzieci. W porównaniu do rówieśników dzieci alkoholików częściej przebywają na zwolnieniach lekarskich i w szpitalach, a także są bardziej podatne na określone urazy fizyczne, takie jak złamania, zwichnięcia, skręcenia i zatrucia.

Co więcej, synowie alkoholików są bardziej narażeni na poważne choroby i niepełnosprawność, podczas gdy córki są bardziej podatne na hospitalizację (Putnam, 1985). W miarę wchodzenia tych dzieci w okres dojrzewania znacznie wzrasta ich korzystanie z usług medycznych, ich dolegliwości wymagają intensywniejszego leczenia, a urazy częściej wymagają interwencji medycznej (Adger, 2004; Gance-Cleveland i in., 2008; Jangalapalli, 2009).

Zły stan zdrowia fizycznego obserwowany u dzieci z rodzin dotkniętych problemami alkoholowymi można również przypisać niezdrowym wyborom stylu życia, w tym paleniu, picciu, zażywaniu narkotyków, braku aktywności fizycznej, złym nawykiem żywieniowym (takim jak niskie spożycie warzyw i owoców oraz duże spożycie żywności przetworzonej i gotowej) oraz nadmiernemu korzystaniu z mediów elektronicznych (takich jak telefony, gry komputerowe i telewizja) (Serec i in., 2012).

Odkrycia te potwierdzają, że dzieci rodziców alkoholików są bardziej narażone na poważne problemy z zachowaniem, od drobnych i przejściowych po poważniejsze eksternalizacyjne zaburzenia psychiczne.

Badania udokumentowały, że dzieci w wieku od 6 do 17 lat, których rodzice są alkoholikami, wykazują większą częstość występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) i zespołu opozycyjno-buntowniczego (ODD) w porównaniu z dziećmi z rodzin niealkoholowych (Earls i in., 1998; Park i Schepp, 2015).

Co więcej, zaobserwowano, że dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu często wykazują pewien schemat zaburzeń, zaczynając od braku empatii, który prowadzi do trudności w umiejętnościach społecznych i funkcjonowaniu, co skutkuje negatywną oceną zarówno ze strony dorosłych, jak i rówieśników, co ostatecznie prowadzi do obniżonego poziomu empatii, poczucie własnej wartości. Te negatywne oceny i niska samoocena powodują u dziecka stres, z którym często radzi sobie poprzez zachowania impulsywne (Jones, 1968).

Badania Leonarda i Eideny (2007) wskazują, że zwiększoną podatność dzieci alkoholików na problemy eksternalizacyjne można przypisać zaburzonej, jakości funkcji rodzicielskich, zwłaszcza niskiemu poziomowi ciepła i wrażliwości ze strony matek, oraz deficytom zdolności samoregulacji od niemowlęctwa do wieku przedszkolnego.

Dodatkowo obecność zaburzeń współistniejących, takich jak antyspołeczne zaburzenia osobowości i zaburzenia afektywne (depresja), odgrywa istotną rolę w kształtowaniu podatności na zaburzenia zachowania u dzieci alkoholików (Zucker i in., 1996; Fitzgerald i in., 2002;).

Niższe zaangażowanie emocjonalne oraz zmniejszona werbalna i emocjonalna reakcja na działania i zachowania dziecka są częstymi konsekwencjami zarówno depresji, jak i zachowań antyspołecznych u rodziców (Martinez i in., 1996; Jameson i in., 1997; Rosenblum i in., 1997; Florsheim i in., 1999).

Co więcej, gdy matki jednocześnie zmagają się ze szkodliwymi nawykami związanymi z pićciem, zaburzeniami antyspołecznymi i depresją, wykazują zwiększoną wrogość i przemoc fizyczną wobec swoich dzieci (Cohen i in., 2006). To szkodliwe zachowanie, w połączeniu ze skłonnością dziecka do negatywnych emocji, przyczynia się do rozwoju zaburzeń zachowania (Rhule i in., 2004). W związku z tym wydaje się, że te specyficzne zachowania rodziców mogą bezpośrednio powodować częstsze występowanie zaburzeń zachowania u dzieci z rodzin borykających się z problemami alkoholowymi.

Wyniki kompleksowej analizy przeprowadzonej przez Park i Schepp (2013), obejmującej badania obejmujące ostatnie trzy dekady, jednoznacznie wskazują, że predyspozycje do alkoholizmu i innych uzależnień mogą być dziedziczone w rodzinie. W rezultacie dzieci i młodzież, których rodzice są alkoholikami, są bardziej narażeni na

problemy związane ze spożywaniem alkoholu i zażywaniem narkotyków w porównaniu do ich rówieśników z gospodarstw domowych niealkoholowych. Na tę podatność wpływa kombinacja czynników genetycznych (i wpływów środowiskowych).

Obecne zrozumienie w tym zakresie prowadzi do wniosku, że dzieci alkoholików są czterokrotnie bardziej narażone na uzależnienie niż ich rówieśnicy, co potwierdzają badania Schuckita, Goodwina i Winokura (1972) oraz Goodwina (1985).

To zwiększone ryzyko dotyczy nie tylko spożycia alkoholu, ale także używania narkotyków i leków. Korelacja między uzależnieniem rodziców a wczesnym rozpoczynaniem intensywnego picia lub zażywaniem innych substancji psychoaktywnych wśród potomstwa jest szczególnie silna, o czym świadczą badania przeprowadzone przez Barnes'a i Windle'a (1987) oraz Lieba i in. (2002).

Badanie podłużne przeprowadzone przez Jennison i Johnson (1998) wykazało, że synowie osób uzależnionych od alkoholu wykazują wyższy wskaźnik spożycia alkoholu, spożywania większych ilości i doświadczania problemów związanych z alkoholem we wcześniejszym wieku w porównaniu z synami osób niealkoholików. Te objawy uzależnienia sugerują głębszą formę uzależnienia od alkoholu.

Dodatkowe badania, takie jak badanie przeprowadzone przez Lieba i in. (2002) również wykazali związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi rodziców związanymi z alkoholem, a wzorcami picia ich dzieci, zwłaszcza, jeśli chodzi o przejawy oznak uzależnienia.

Lindgaard (2005) stwierdziła ponadto, że dzieci osób zmagających się z uzależnieniem nie tylko mają większe prawdopodobieństwo, że same zaangażują się w szkodliwą konsumpcję alkoholu, ale także mają zwiększoną skłonność do wchodzenia w relacje z osobami uzależnionymi.

Istniejąca literatura koncentruje się przede wszystkim na wpływie problemowego picia alkoholu przez ojców na późniejsze problemy uzależnieniowe ich synów. Istnieją jednak także doniesienia wskazujące na negatywny wpływ picia alkoholu przez matki na przyszłe problemy alkoholowe ich dzieci. Na przykład Zhang i współpracownicy (Zhang i in., 2004) zaobserwowali, że problematyczne picie przez matki stanowi istotny czynnik ryzyka alkoholizmu u ich dzieci.

Badania przeprowadzone przez Ohannessian i współpracowników (2004) wykazały, że obawy dotyczące spożycia alkoholu przez matkę silnie przewidują przyszłe problemy z uzależnieniem i depresją u ich potomstwa. Z drugiej strony obawy związane z piciem ojca korelują jedynie z problemami behawioralnymi, szczególnie związanymi z alkoholem.

Na podstawie wyników można stwierdzić, że szkodliwe picie alkoholu przez matki ma wpływ na spożycie alkoholu przez ich dzieci, chociaż pełne zrozumienie tej zależności wymaga dalszych badań.

Dorastanie w rodzinie z problemami alkoholowymi prowadzi nie tylko do zaburzeń zachowania i wczesnego uzależnienia od narkotyków, ale także do różnych problemów emocjonalnych. Badania wykazały związek pomiędzy alkoholizmem rodziców, a zaburzeniami takimi jak depresja, stany lękowe, fobie, zaburzenia pourazowe i zachowania samobójcze u ich dzieci (Christofferson i Soothill, 2003; Locke i Newcomb, 2004; Langeland i in., 2005).

Badania wskazują na przykład, że dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi częściej niż dzieci z rodzin bezalkoholowych wykazują częstsze występowanie objawów obniżonego nastroju i zaburzeń depresyjnych (Fitzgerald i in., 1993).

Te problemy emocjonalne ulegają dalszemu zaostrzeniu, jeśli dziecko doświadcza niekorzystnych wydarzeń życiowych w rodzinie, szczególnie związanych z pićm przez rodzica (Anda i in., 2002). Dzieci, których rodzice mają problemy z uzależnieniem, są bardziej narażone na różne problemy związane ze zdrowiem psychicznym.

Według Earlsa i jego zespołu (1998) u tych dzieci występuje większe ryzyko wystąpienia uogólnionych zaburzeń lękowych, natomiast West i Prinz (1987) odkryli, że u tych dzieci istnieje większe prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu zaburzeń psychicznych. Trudności emocjonalne, na jakie napotykają te dzieci, obejmują niską samoocenę, psychosomatyczne reakcje na stres i zmagania z tożsamością, jak zauważają Hughes (1977), Sher (1991), Reich (1993) i Kanus (2014).

Dzieci rodziców mających problemy alkoholowe wykazują wyższy poziom negatywnych emocji, samotności, wyobcowania i zaburzeń związanych ze stresem w porównaniu do ich rówieśników z rodzin niealkoholowych (Elkins, 2004).

Badania Christensena i Bilenberga (2000) wykazały związek problemów emocjonalnych z płcią dziecka w rodzinach dotkniętych alkoholizmem. W szczególności dziewczęta w takich rodzinach doświadczały większych problemów z internalizacją, przy czym płć pijącego rodzica wpływa na intensywność tych problemów. Córki pijących matek wykazywały wyższy poziom depresji i innych zaburzeń emocjonalnych, natomiast synowie pijących ojców wykazywali większy odsetek problemów emocjonalnych.

Wyzwania emocjonalne, przed którymi stają dzieci pijących rodziców, można przypisać zarówno bezpośredniemu, jak i pośredniemu wpływowi spożycia alkoholu przez rodzica na ich samopoczucie psychiczne. Strach przed wywołaniem gniewnej reakcji u pijącego

rodzica często uniemożliwia dzieciom wyrażanie negatywnych emocji, w tym złości. Zamiast tego mogą skierować swoją złość w stronę niepijącego rodzica, czując się zawiedzeni i pozbawieni wsparcia. Tłumienie emocji prowadzi do spadku poczucia własnej wartości i rozwoju poważniejszych problemów emocjonalnych.

Niestabilne środowisko domowe stworzone przez rodziców alkoholików dodatkowo pogłębia zamęt, jakiego doświadczają ich dzieci. Ciągłe przejście od miłości do gniewu powoduje, że czują się zawstydzeni, winni i samotni. Co więcej, pijący rodzic koncentruje się przede wszystkim na zdobywaniu i spożywaniu alkoholu, pozostawiając niewiele miejsca na typowe interakcje rodzic-dziecko. Nieprzewidywalne zachowanie alkoholików zmusza ich dzieci do poświęcania dużej ilości energii na rozszyfrowywanie ich nastrojów i próby przewidywania ich potrzeb.

Ogromne napięcie i stres wywołane tą sytuacją powodują uczucie zmęczenia i skrajnego wyczerpania. W rezultacie potrzeby dzieci są konsekwentnie i stale pomijane, co ma szkodliwy wpływ na ich dobrostan emocjonalny. Innym aspektem, który należy wziąć pod uwagę przy badaniu wpływu spożycia alkoholu przez rodziców na zdrowie ich potomstwa, są wyniki w nauce tych dzieci. Szeroko zakrojone badania udokumentowały niższe osiągnięcia w nauce wśród dzieci alkoholików.

Badania wykazały deficyty poznawcze w określonych obszarach, takich jak zdolności wzrokowo-przestrzenne, uwaga i pamięć, u dzieci, których rodzice aktywnie piją (Ozkaragoz i in., 1997). Obniżone werbalne IQ i trudności w utrzymaniu koncentracji wśród dzieci alkoholików zauważył Tarter (1989).

Co więcej, dzieci alkoholików wykazywały słabsze wyniki w wielu przedmiotach, co skutkowało niższymi ocenami z czytania, matematyki i języka ojczystego (Marcus, 1986; Hyphantis i in., 1991; McGrath i in., 1999). Ogólnie rzecz biorąc, dzieci, których rodzice piją, doświadczają w szkole większych wyzwań, częściej opuszczają zajęcia i porzucają naukę, a także często wymagają interwencji doradców lub psychologów szkolnych ze względu na trudności w nauce (Corrao i in., 1993; Sher, 1997;).

W literaturze podejmowano wysiłki mające na celu wyjaśnienie mechanizmów, poprzez które alkoholizm rodziców wpływa na wyniki w nauce dzieci. Wyniki badań były jednak na tyle niejednoznaczne, że przyjęto hipotezę o wielu ścieżkach prowadzących do słabych osiągnięć w nauce.

Zaobserwowane trudności przypisuje się przede wszystkim czynnikom neurobiologicznym, jak podkreśla Tarter (1989), przy czym istotną rolę odgrywają także czynniki środowiskowe.

Na przykład Casas-Gil i Navarro-Guzman (2002) sugerują, że dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi doświadczają niepowodzeń w nauce z powodu częstych nieobecności i wydalenia ze szkoły. Inne badania podkreślają wpływ takich czynników, jak nieodpowiedni nadzór rodzicielski, brak wsparcia edukacyjnego, słaba ogólna opieka (żywienie, ubranie, mieszkanie), oraz niewystarczająca pomoc w codziennych zadaniach domowych (de Marsh i Kumpfer, 1985).

Ponadto, niektórzy badacze sugerują, że wyzwania akademickie, przed którymi stoją dzieci alkoholików, wynikają z ich własnego negatywnego postrzegania swoich zdolności edukacyjnych, co jest powszechną obserwacją w tej populacji.

Stwierdzono istotne różnice w ocenie kompetencji szkolnych przez matki i dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi i bez nich, co wykazali Johnson i Rolf (1988). W rodzinach dotkniętych alkoholizmem zarówno matki, jak i dzieci wykazywały tendencję do niedoceniań możliwości i potencjału dziecka, co zdaniem autorów badania mogło potencjalnie wpływać na niską motywację osiągnięć.

Literatura dotycząca zdrowia psychicznego i funkcjonowania dorosłych z rodzin z problemem alkoholowym prezentuje nieco odmienne perspektywy, różniące się od siebie obserwacjami i badaniami prowadzonymi w różnych populacjach. Sytuacja ta powoduje powstanie dwóch odrębnych korpusów wiedzy, które z oczywistych powodów nie oferują podobnych danych.

Pierwszą z nich jest wiedza kliniczna, którą można odnaleźć w literaturze popularnej i poradnikach samopomocy, a która opiera się na doświadczeniach terapeutycznych. Wiedza ta pozwala na opisywanie funkcjonowania dorosłych w kontekście zespołu „dorosłych dzieci alkoholików” (DDA). Źródła tej wiedzy pochodzą z pracy terapeutycznej z osobami aktywnie poszukującymi pomocy, przeżywającymi cierpienie i zaburzenia psychiczne (Wegscheider-Cruse, 1985; Cermak, 1988; Sobolewska-Mellibruda, 2011).

Drugi zasób wiedzy pochodzi z badań przeprowadzonych w celu zbadania wpływu dorastania w rodzinie alkoholowej na rozwój i dobrostan dzieci, młodzieży i dorosłych. W badaniach tych wykorzystuje się porównania międzygrupowe, takie jak podejście prospektywne, retrospektywne lub podłużne, a także porównania przekrojowe w populacji osób, których rodzice są alkoholikami. W przeciwieństwie do badań klinicznych, tego typu przedsięwzięcia badawcze są często prowadzone w różnych placówkach edukacyjnych, akademickich i wsparcia, obejmujących szerszy zakres osób.

Zainteresowanie dorosłymi dziećmi alkoholików wzrosło po opublikowaniu w 1983 roku pracy Woititz dotyczącej tego środowiska. Publikacja ta zyskała popularność dzięki

doniesieniach zarówno klinicyście, jak i naukowców, podkreślających, że w tej grupie znajduje się znaczna liczba mężczyzn borykających się z problemami alkoholowymi (Cloninger, 1987), znaczny odsetek kobiet wychodzących za mąż za osoby uzależnione (Hoenigmann-Lion i Whitehead, 2006) oraz duża grupa osób poszukujących terapii z powodu problemów psychicznych i małżeńskich.

We wczesnej literaturze poświęconej doświadczeniom osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych osoby te opisywano przede wszystkim w kategoriach współuzależnienia.

Początkowo termin „współzależność” był zarezerwowany dla partnerów, którzy wykazywali cechy osobowości powszechnie kojarzone z ich uzależnionymi współmałżonkami. Z czasem jednak termin ten został rozszerzony na wszystkie osoby pozostające w związku romantycznym lub małżeńskim z alkoholikiem, a także te, które miały jednego lub dwóch rodziców bądź dziadków alkoholiczków (Wegscheider-Cruse, 1985; Cierpiałkowska, 2010).

Wraz z ewolucją tej koncepcji wyłoniły się nowe perspektywy na współzależność, rzucając światło na jej naturę, pochodzenie i przejawy. Obecnie dominują trzy podejścia do zrozumienia tego złożonego problemu: postrzeganie współuzależnienia, jako choroby, zaburzenia osobowości lub wyuczonego wzorca zachowania.

W modelu biologicznym współuzależnienie traktowane jest, jako choroba o nieznanym patomechanizmie i etiologii, wynikająca z szerszego procesu uzależnienia. W odróżnieniu od uzależnienia współuzależnienie nie wiąże się z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Cierpiałkowska, 2001).

W modelach psychospołecznych współuzależnienie jest postrzegane, jako jednostka kliniczna, która może wynikać z doświadczeń wczesnego dzieciństwa lub doświadczeń w wieku dorosłym, wynikających z relacji z osobami zmagającymi się z uzależnieniem. Badając dzieci alkoholiczków, oba podejścia postrzegają współuzależnienie, jako zaburzoną strukturę osobowości, która rozwija się w dzieciństwie lub jako nieadaptacyjne mechanizmy radzenia sobie w odpowiedzi na stres.

Bardziej wszechstronne spojrzenie na współzależność można znaleźć w pracach Cierpiałkowskiej (2001, 2010). Powszechnie używane są terminy „współuzależnienie” i „dorosłe dzieci alkoholiczków”, ale nie ma dla nich powszechnie przyjętej definicji. Pierwotnie terapeuci stworzyli koncepcję dorosłych dzieci alkoholiczków (DDA), aby opracować skuteczną terapię dla osób zmagających się z alkoholizmem w rodzinie.

Należy jednak zauważyć, że ani współzależnienie, ani dorosłe dzieci alkoholików nie są klasyfikowane, jako zaburzenia psychiczne w tradycyjnym znaczeniu. Pomimo prób włączenia ich do klasyfikacji ICD i DSM, nie zostały one uznane za odrębne jednostki kliniczne. Objawy obserwowane u osób określanych jako współzależnione lub dorosłe dzieci alkoholików są na tyle zróżnicowane, że można je spotkać w różnych zaburzeniach psychicznych, takich jak osobowości masochistyczne, zaburzenia osobowości zależnej, czy zaburzenia afektywne.

Zaburzenia w rozwoju fizycznym i emocjonalnym dzieci z rodzin z problemem alkoholowym znajdują swoje odbicie w ich osobowości. Koncentrując się na osobowości można ustalić, jakie są psychologiczne uwarunkowania funkcjonowania dziecka w środowisku szkolnym oraz poznać główne źródła jego niepowodzeń.

W psychologii rozwojowej zwraca się szczególną uwagę na kształtowanie się świadomości „ja” oraz oceny samego siebie. Jest to zagadnienie, które nabiera szczególnego znaczenia wśród dzieci alkoholików. W psychologii społecznej za punkt wyjścia, przyjmuje się konstrukt środowiska społecznego, czyli sposób postrzegania, pojmowania i interpretowania świata społecznego (Aron, Wilson, Akert, 2006).

W psychologii zwraca się uwagę na różnicę indywidualne, czyli aspekty osobowości człowieka, które odróżniają go od innych. Te różnice indywidualne są szczególnie widoczne w ocenie jakości życia, które ujęte zostało w dobrostanie psychicznym, który jest definiowany jako „poznawcza i emocjonalna ocena własnego życia. Ocena ta obejmuje zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia jak i poznawcze sądy dotyczące zadowolenia i spełnienia. (...) dobrostan psychiczny jest pojęciem szerokim obejmującym doświadczenia przyjemnych emocji, niski poziom negatywnych nastrojów i wysoki poziom zadowolenia z życia” (Czapiński, 2004, s. 35).

Dobrostan psychiczny dzieci alkoholików jest zagrożony poprzez patologię środowiska, w którym żyją i traumatyczne przeżycia, których doznają. Niska jakość życia przekłada się na problemy w środowisku szkolnym i ogólną negatywną ocenę przez dzieci alkoholików swojego życia i siebie samych. Chcąc pomóc dziecku alkoholika, należy dokonać wnikliwej diagnozy jego jakości życia. Kwestie osobowościowe są podstawą rozpoznania zaburzeń rozwojowych dzieci alkoholików, a tym samym podejmowania działań pomocowo-terapeutycznych, aby zniwelować ich problemy w środowisku szkolnym. W psychologii „osobowość” jest interpretowana jako „konstrukt teoretyczny służący do opisu i wyjaśnienia centralnego systemu wyznaczającego funkcjonowanie psychiczne jednostki. (...) każda osoba ludzka dysponuje pewnym sposobem funkcjonowania, czyli posiada osobowość.

Osobowość konkretnej osoby kształtuje się w toku jej indywidualnego rozwoju. (...) osobowość to konstrukt teoretyczny (w takim ujęciu będziemy omawiać koncepcję osobowości i analizować instrukcję), a zarazem realność psychologiczna (w takim ujęciu może ją charakteryzować konkretne osoby)” (Pilecka, 2005, s. 239).

Osobowość jest określana, także jako „metawzór funkcjonowania jednostki”, (...) względnie stała dyspozycja do realizowania określonych zachowań w taki a nie inny sposób i w określonym kierunku (Pilecka i in., 2005, s. 239).

Za dwa podstawowe składniki osobowości przyjmuje się: obraz samego siebie i obraz świata, które funkcjonują we wzajemnym powiązaniu. Obraz samego siebie, określa się jako obraz własnej osoby, obraz „ja”, strukturę „ja”, wiedzę o sobie (Pilecka i in., 2005).

Istotnym aspektem w strukturze osobowości są składniki obrazu samego siebie. Składniki obrazu samego siebie możemy podzielić na podstawowe i złożone. Podstawowe dzielą się na centralne i peryferyczne. Do centralnych składników samowiedzy należą:

- samoopis (sądy opisowe),
- samooceny (sądy wartościujące),
- standardy osobiste (sądy normatywne).

Składniki peryferyczne to:

- reguły tworzenia wiedzy o sobie,
- reguły komunikowania wiedzy o sobie.

Złożone składniki samowiedzy to:

- samoakceptacja (stosunek do samego siebie),
- samokontrola (kierowanie samym sobą).

Centralne składniki wiedzy o sobie dzieli się na: „ja realne” utworzone przez samoopis i samooceny, czyli jaki jestem i „ja idealne”, które zawiera standardy osobiste, jakim chciałbym być (Pilecka i in., 2005).

Pojęcie „ja” jest wiedzą o tym, kim jesteśmy. Samoświadomość oznacza proces myślenia o sobie. Samowiedza spełnia dwie ważne funkcje. Pierwsza jest funkcją organizacyjną polegającą na przechowywaniu informacji w schematach „ja”, czyli strukturach myślowych, którymi posługuje się do organizowania wiedzy o sobie i które wpływają na to, co zauważa, myśli i zapamiętuje jednostka (Aronson i in., 2006).

To jak dziecko alkoholika postrzega siebie i myśli o sobie, ma bezpośrednie przełożenie na jego funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Psychologia rozwojowa przywiązuje dużą wagę do „ja” i oceny samego siebie.

Za jeden z najistotniejszych procesów rozwojowych wczesnych lat życia, przyjmuje się kształtowanie świadomości „ja”. Dziecko musi mieć świadomość własnego ciała i jego wyglądu, rozmiaru, stanu, w jakim się znajduje. Ponadto, musi posiadać umiejętność właściwego opisu samego siebie z użyciem języka oraz odróżniania cech odnoszących się do „ja” od tych, które nie dotyczą „ja”. Powinno mieć świadomość własnej historii życia: doświadczeń, nabytych sprawności i umiejętności, pragnień i życzeń. Taka samowiedza obejmuje także zdolność widzenia siebie z perspektywy innych ludzi, co jest warunkiem pełnej świadomości „ja” uwzględniającej postawy i punkty widzenia innych (Birch i Malim, 1995).

Badacze podkreślają, że już od najwcześniejszych miesięcy życia dziecko zaczyna stopniowo uświadamiać sobie własne ciało jako odrębne od otoczenia. Do wieku dwóch lat kształtują się podstawowe składniki poczucia „ja”, w tym umiejętność użycia w sposób właściwy języka do opisu samego siebie. W jaki sposób dzieci myślą o sobie wpływa nie tylko na jego stosunki z innymi, ale także na ich osiągnięcia i dokonania w życiu. Osiągnięcia dziecka w szkole, a także w innych dziedzinach życia zależą nie tylko od uzdolnień, ale też od poziomu motywacji. Te dzieci, które dążą do osiągnięć mają większe szanse, aby je zrealizować. Motywacja osiągnięć jest konstruktem zaproponowanym przez psychologów na oznaczenie skłonności do wytyczania sobie ambitnych, celów dążenia do sukcesu oraz doznawania przyjemności z osiągnięć. Rodzice odgrywają istotną rolę w rozwoju motywacji osiągnięć ich dzieci. Rodzice, którzy mają duże oczekiwania wobec dziecka i jego zdolności do osiągania sukcesu oraz wspierają jego dążenia własną aprobatą przyczyniają się do rozwoju motywacji osiągnięć. Rodzice, którzy okazują mniej uczucia dziecku i w mniejszym stopniu je wspierają, powodują, że dziecko ma mniejszą motywację osiągnięć (Birch i Malim, 1997).

W przypadku dzieci alkoholików postawa ich rodziców może mieć negatywny wpływ na ich motywację osiągnięć i samoocenę, co tym bardziej przemawia za udzieleniem im wsparcia społecznego poza środowiskiem rodzinnym i podejmowanie działań wkraczających w to środowisko, aby ograniczać jego patologię. Rodziny z problemem alkoholowym powinny być obejmowane opieką przez instytucje społeczne np. miejskie ośrodki pomocy, posiadać kuratora sądowego, który będzie monitorował funkcjonowanie takiej rodziny, czy asystenta rodziny.

Zagadnieniem o szczególnym znaczeniu w przypadku dzieci alkoholików są osiągnięcia szkolne lub ich brak. W ocenie psychologów poziom motywacji osiągnięć u dziecka jest różny w zależności od dziedziny i sytuacji. Dziecko może być zaangażowane i pragnąć

sukcesu w matematyce i przedmiotach ścisłych, a z drugiej strony, nie robić w przedmiotach humanistycznych. Inne dziecko może dążyć do sukcesów w sporcie i rezygnować z wysiłku w matematyce (Birch i Malim, 1997).

Badacze Birch i Malim (1997) wyróżnili czynniki, które warunkują motywację osiągnięć. Wartość, jaką dziecko przypisuje sukcesowi w szkole to czynnik wpływający na jego motywację osiągnięć. Stwierdzili, że oczekiwanie sukcesu przez dzieci jest czynnikiem decydującym o ich powodzeniu w nauce. Atrybuty sukcesu i niepowodzenia decydują o poziomie oczekiwań, a także o rzeczywistych przyszłych osiągnięciach. Atrybuty są przekonaniem, które dziecko posiada co do przyczyn zachowania własnego oraz innych ludzi. Jeśli ktoś jest przekonany, że sukces albo niepowodzenie zależą przede wszystkim od wysiłku, jaki dziecko wkłada w realizację zamierzonego celu, najprawdopodobniej będzie starał się zrobić wszystko, co może, aby go osiągnąć. Natomiast, gdy dziecko wiąże sukces albo niepowodzenie z czynnikami takimi, jak szczęście lub trudność zadania, najprawdopodobniej zrezygnuje z dążenia do celu przy pierwszej napotkanej trudności. Zachowanie, która wiąże się z przekonaniem, że sukces nie jest efektem zdolności oraz że trudności nie można pokonać własnym wysiłkiem określa się w psychologii mianem „wyuczonej bezradności” (Birch i Malim, 1997).

Podsumowując, zaburzenia w rozwoju fizycznym i emocjonalnym dzieci alkoholików należy rozpatrywać w ścisłym powiązaniu z psychologicznymi aspektami ich osobowości. Funkcjonowanie dziecka alkoholika w środowisku szkolnym jest uwarunkowany jego konstruktem psychologicznym.

3.2. Zaburzenia w rozwoju społecznym dzieci z rodzin alkoholowych

Problemy społeczne, z jakimi borykają się dzieci i młodzież, są ściśle powiązane z warunkami, w jakich żyją i dorastają we współczesnym świecie. Szczególną kwestią zasługującą na uwagę są długotrwałe konsekwencje przebywania dziecka w gospodarstwie domowym, w którym dominuje nadużywanie alkoholu. Rodzinę z problemem alkoholowym definiuje się, jako taką, w której przynajmniej jedna osoba ma szkodliwe nawyki związane z piciem.

Ważne jest, aby uwzględnić dwa istotne skutki życia w tak dysfunkcyjnej rodzinie. Po pierwsze, ma to szkodliwy wpływ na perspektywy dziecka na przyszłość, powszechnie zwane jego szansami życiowymi. Często na krytyczne decyzje, takie jak wybór kariery, wybór partnera, a nawet przyjęcie określonego stylu życia, wpływa nieświadomie

specyficzna rola odgrywana w rodzinie. Może to nawet dotyczyć prawdopodobieństwa założenia udanej rodziny lub wytyczenia własnej ścieżki życiowej. Nierzadko zdarza się, że z powodu takich okoliczności ludzie wycofują się ze świata zewnętrznego. Po drugie, i być może najbardziej niepokojącą konsekwencją, jest utrwalanie cyklu alkoholizmu z pokolenia na pokolenie. Badania pokazują, że rodzina odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu postaw dzieci i młodzieży wobec spożycia alkoholu (Huk-Wieliczuk i Litwiniuk, 2004). Zdumiewające 60% dzieci, których rodzice są alkoholikami, rozwija w ten sam sposób uzależnienia (Herda i in., 2004).

Silne relacje rodzic-dziecko mają znaczący wpływ na zachowanie młodych osób w okresie nastoletnim. Młodzież, która postrzega postawę rodziców, jako pełną miłości, jest mniej skłonna do nadużywania substancji psychoaktywnych (Mazur i in., 2003).

Wpływ nadmiernego spożycia alkoholu w rodzinie można rozpatrywać z dwóch perspektyw. Po pierwsze, kształtuje postawy dzieci i młodzieży wobec alkoholu i dostarcza im wzorców zachowań do naśladowania. Po drugie, wpływa na warunki wychowania i atmosferę moralną w rodzinie, prowadząc do trudności finansowych, konfliktów i napiętych relacji emocjonalnych pomiędzy członkami rodziny (Kobylińska-Szkatuła, 2000).

Temat dzieci wychowujących się w rodzinach dysfunkcyjnych, szczególnie tych z problemami alkoholowymi, cieszy się dużym zainteresowaniem badaczy. Jednak dopiero w latach 70. XX w., zaczęły pojawiać się znaczące publikacje rzucające światło na doświadczenia osób wychowanych w rodzinach alkoholowych.

Inspiracją do tych badań były dwa główne źródła: spostrzeżenia i doświadczenia psychoterapeutów pracujących z osobami zmagającymi się z alkoholizmem oraz rozwój ruchów samopomocy i grup wsparcia, zwłaszcza ruchu DDA.

Dzieci dorastające w rodzinach dotkniętych alkoholizmem często mają trudności z skutecznym radzeniem sobie z trudnymi sytuacjami i zarządzaniem emocjami. Mogą wykazywać nadpobudliwe zachowanie, mieć trudności z przystosowaniem się do sytuacji społecznych i brak im motywacji do stawiania czoła wyzwaniom społecznym. Dzieci te są w grupie zwiększonego ryzyka uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Badacze zaobserwowali także niepokojącą tendencję do inicjowania spożycia alkoholu przez młodsze osoby oraz wzrost częstotliwości picia wśród młodych ludzi, co ma negatywne konsekwencje dla całego społeczeństwa. Pediatrzy zauważają nie tylko problemy spowodowane spożyciem alkoholu wśród dzieci i młodzieży, ale także problemy wynikające z nawyków alkoholowych rodziców. Problemy te obejmują trudności poznawcze,

emocjonalne i behawioralne u dzieci, a także występowanie Płodowego Zespołu Alkoholowego i innych wad wrodzonych.

Nadmierne spożycie alkoholu w czasie ciąży może prowadzić do płodowego zespołu alkoholowego, który może skutkować różnymi powikłaniami prenatalnymi, takimi jak uszkodzenie układu nerwowego, upośledzenie umysłowe, małogłowie, hipotonia i inne nieprawidłowości (Bodys, 2003).

Dzieci osób uzależnionych od alkoholu często zgłaszają się do pediatrów z nawracającymi, nieokreślonymi objawami, takimi jak zmęczenie, ból brzucha lub problemy z układem mięśniowo-szkieletowym, co sugeruje podłoże psychosomatyczne. Co więcej, dzieci te mogą doświadczyć traumy, ataków werbalnych, przemocy fizycznej, a nawet kazirodztwa (Adger i Werner, 1997).

W miarę dorastania dzieci alkoholików często skarżą się na bóle zębów, bóle głowy, zaburzenia snu, tiki nerwowe i nudności, pomimo braku dających się zidentyfikować fizycznych przyczyn tych dolegliwości. W okresie dojrzewania są bardziej niż ich rówieśnicy podatni na wagary, konflikty prawne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, a nawet skłonności samobójcze. W wieku dorosłym mogą napotykać większe trudności w relacjach międzyludzkich i życiu zawodowym, częściej występuje wśród nich alkoholizm (Bodys, 2003).

W literaturze powszechnie używa się terminu „Dzieci Alkoholików” w odniesieniu do wszystkich dzieci wychowywanych w rodzinach dotkniętych problemami alkoholowymi, natomiast „Dorośle Dzieci Alkoholików” odnosi się konkretnie do dorosłych znajdujących się w takich sytuacjach (Gąsior, 2008).

Nasilenie skutków ubocznych doświadczanych przez dziecko narażone na kontakt z rodzicami Alkoholizm jest bezpośrednio skorelowany z wiekiem, w którym po raz pierwszy doszło do kontaktu z alkoholizmem. Młode osoby w okresie ich kształtowania się, kiedy są szczególnie podatne na wpływy, są bardziej podatne na rozwój cech dysfunkcyjnych powszechnie obserwowanych u dorosłych dzieci alkoholików. Negatywny wpływ alkoholizmu na dzieci jest wieloaspektowy, począwszy od urodzenia i objawiający się na różne sposoby (Wójcik, 2003).

Jednostka rodzinna staje się izolowana, izoluje się od świata zewnętrznego z powodu poczucia wstydu, winy, emocjonalnego odrętwienia i cyklu zaprzeczeń utrwalanego zarówno przez alkoholika, jak i innych członków rodziny. Choć może to pozwolić na stosunkowo normalne funkcjonowanie w środowisku zewnętrznym, zakłóca zdrową

dynamikę w rodzinie. Wyłania się nowa struktura rodziny, w której centrum znajduje się osoba uzależniona (Cielecka-Kuszyk, 2007).

Tego typu środowisko rodzinne utrudnia harmonijny rozwój, gdyż nie zaspokaja podstawowych potrzeb dziecka, takich jak akceptacja, miłość i bezpieczeństwo. Brak równowagi w relacjach między rodzicami w rodzinach alkoholowych prowadzi do dysfunkcji ról, będącej konsekwencją długotrwałej ekspozycji na stres, co może skutkować trwałymi zaburzeniami emocjonalnymi w życiu dorosłym (Cielecka-Kuszyk, 2007).

Uważa się, że dzieci, których rodzice są alkoholikami, są obciążone większym ryzykiem uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Ich cierpienie wynika nie tylko z alkoholizmu ich opiekunów, ale także ze współuzależnienia i zaburzeń psychicznych rodziców. Dysfunkcję w rodzinie alkoholowej można wiązać z koncentracją i nadmierną kontrolą sprawowaną przez partnera osoby pijącej, co często prowadzi do zaniedbywania dzieci i problemów emocjonalnych u wszystkich członków rodziny (Cielecka-Kuszyk, 2007).

Rutter (1987) przedstawia alternatywną perspektywę potencjalnych mechanizmów budowania odporności psychicznej u osób, które doświadczyły niekorzystnych warunków rozwojowych. Rutter identyfikuje cztery mechanizmy łagodzenia negatywnych skutków ryzyka:

- ograniczenie wpływu ryzyka,
- zmiana narażenia na czynniki ryzyka,
- przerwanie łańcucha zdarzeń wynikających z narażenia na ryzyko,
- wzmocnienie własnej – poczucie własnej wartości i skuteczność.

Mechanizm ograniczania wpływu ryzyka polega na minimalizowaniu jego szkodliwych skutków poprzez poznawczą reinterpretację postrzeganego zagrożenia lub obniżenie oczekiwań osiągnięcia określonego zadania rozwojowego, przy jednoczesnym szukaniu pomocy w jego realizacji.

Jednym ze sposobów reinterpretacji ryzyka jest skupienie się na jego pozytywnych aspektach, takich jak potencjał większej autonomii i niezależności dziecka, którego matka jest emocjonalnie nieobecna z powodu choroby psychicznej. Innym podejściem jest stopniowe narażanie się na stres, co pozwala lepiej przygotować się na przyszłe stresujące sytuacje. Praktycznym tego przykładem jest udzielanie wsparcia rodzinom poprzez obecność asystenta rodziny, który pomaga im w wypełnianiu podstawowych funkcji (Sawant, 2020).

Dodatkowo, skuteczną strategią może być zmiana poziomu ekspozycji na czynniki ryzyka. Może to obejmować dostosowanie ilości czasu, jaki dziecko spędza w ryzykownej sytuacji, poprzez zwiększenie zaangażowania wspierających dorosłych, takich jak dziadkowie lub sąsiedzi. Alternatywnie ograniczenie udziału dziecka w ryzykownych zajęciach, takich jak unikanie negatywnych wpływów rówieśników i zamiast tego angażowanie się w wybrany sport, również może zmniejszyć ryzyko.

Strategia zmiany ekspozycji na czynniki ryzyka wykorzystuje indywidualne zasoby dziecka, takie jak stabilny nastrój, pozytywny temperament i otwartość w relacjach interpersonalnych, a także jego własny, proaktywny wysiłek. Podejmując samodzielne działanie w różnych sytuacjach społecznych oraz realizując swoje pasje i zainteresowania, młodzi ludzie mają zdolność dystansowania się od czynników ryzyka i zdobywania odporności emocjonalnej. Dodatkowo, przerwanie łańcucha zdarzeń utrwalających negatywne konsekwencje może pomóc w zmniejszeniu ryzyka (Raman i in., 2010).

Pewne cechy indywidualne, takie jak bycie kobietą, miłe usposobienie i dobry potencjał intelektualny, mogą również przyczynić się do stworzenia bardziej pozytywnego środowiska i zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych wzorców zachowań.

Wspieranie dyspozycyjnego rodzica w skutecznym wykonywaniu obowiązków rodzicielskich to kolejny sposób na przerwanie cyklu negatywnych konsekwencji. Wreszcie, wzmacnianie poczucia własnej wartości i rozwijanie poczucia własnej skuteczności odgrywają kluczową rolę w budowaniu odporności psychicznej (Sawant, 2020).

W obliczu ciągłego ryzyka pozytywne postrzeganie siebie i wiara we własną zdolność do przewycięzania wyzwań mogą znacząco wpłynąć na wykorzystanie dostępnych zasobów w celu poradzenia sobie z przeciwnościami losu. Wpływ czynników ryzyka oraz dostępnych zasobów na wzrost i rozwój dzieci, których rodzice cierpią na zaburzenia alkoholowe, widoczny jest w różnorodnych ścieżkach rozwoju, jakie podążają.

Najbardziej spójne i powtarzalne wnioski dotyczą rozwoju problemów eksternalizacyjnych u chłopców i mężczyzn. Badania wskazują na silną korelację pomiędzy alkoholizmem rodziców, zwłaszcza, gdy oboje rodzice są otyli i pijący, oraz występowanie problemów eksternalizacyjnych u ich potomstwa. Zidentyfikowano trzy odrębne trajektorie rozwojowe, które są w istotny sposób powiązane ze spożyciem alkoholu przez rodziców. Pierwsza trajektoria, zwana ścieżką „wczesną”, charakteryzuje się pojawieniem się trudności w pierwszych latach życia dziecka. Odchylenia od typowego rozwoju stają się widoczne w wieku od 3 do 4 lat. Badania przeprowadzone przez Edwardsa (1996) wykazały, że normatywne zachowanie agresywne zaczyna się ujawniać między 18 miesiącem a 3

rokiem życia, osiąga szczyt około 3 roku życia, a następnie zanika. Natomiast u dzieci, których rodzice mają zaburzenia związane z używaniem alkoholu, agresja nie maleje po 3. roku życia, a wcześniejsze zachowania agresywne są bardziej nasilone niż przeciętnie (Daněk i in., 2024).

W krytycznym okresie przejścia od wieku niemowlęcego do wieku przedszkolnego rozpoczyna się trajektoria zaburzeń eksternalizacyjnych, objawiających się brakiem kontroli zachowania i pojawieniem się problemów eksternalizacyjnych we wczesnym dzieciństwie. Ten wzorzec utrzymuje się przez całe lata szkolne, a jego kulminacją jest rozwój zaburzeń zachowania i nasila się w okresie dojrzewania i dorosłości, wraz z nasilonymi zachowaniami społecznymi i nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Taka ścieżka rozwoju podkreśla zawile wzajemne oddziaływanie czynników genetycznych i wpływów środowiskowych, a także podatność temperamentu na zagrożenia środowiskowe, które łącznie przyczyniają się do przewidywania wyników rozwojowych dzieci dotkniętych alkoholizmem rodziców (Zucker, 2006).

Ścieżka późna, powszechnie kojarzona z pojawieniem się zaburzeń w okresie dojrzewania, przedstawia unikalne spojrzenie na etiologię tych schorzeń. Okres ten charakteryzuje się znaczącymi zmianami w okresie dojrzewania, kształtowaniem się tożsamości osobistej i seksualnej oraz rozwojem poznawczym, naznaczonym abstrakcyjnym myśleniem i racjonalnością.

Zaburzenia psychiczne i wyzwania, które pojawiają się w tym czasie, można przypisać dwóm głównym czynnikom: 1) wzmożonej introspekcji i izolacji społecznej prowadzącej do wzmożonych negatywnych emocji i późniejszego rozwoju psychopatologii, oraz 2) bliskim związkom z rówieśnikami zaangażowanymi w ryzykowne zachowania w połączeniu z oddzieleniem od rodziny, co skutkuje problemami eksternalizacyjnymi (Velleman i Orford, 1999; McKeganey i in., 2002; Cleaver i in., 2007).

Ścieżka wahań wynika natomiast ze zróżnicowanego charakteru alkoholizmu rodziców. Różnorodny zakres zaburzeń obserwowanych u dzieci jest efektem zmiennych okresów problemów alkoholowych, obejmujących remisję i nawrót. W związku z tym rozwój problemów eksternalizacyjnych u dzieci alkoholików charakteryzuje się zmiennym schematem występowania i nasilenia.

Z badania Moss'a i jej zespołu przeprowadzonego w 1997 roku wynika, że dzieci, których rodzice zgłaszali się na terapię w ciągu pierwszych 6 lat życia, nie wykazywały różnic w funkcjonowaniu i rozwoju psychopatologii w porównaniu z rówieśnikami. Jednak inne badania skupiające się na analizie funkcjonowania w oparciu o fazę choroby rodzica

wykazały, że dzieci nawracających alkoholików charakteryzowały się znacznie gorszym funkcjonowaniem emocjonalnym i społecznym (Moss i Billings, 1987).

Dalsze badania dotyczące wpływu procesu zdrowienia rodzica na funkcjonowanie dzieci wykazały, że okres leczenia przekraczający 5 lat przyniósł dwa istotne wyniki. Po pierwsze, zauważalne są zmiany w pełnieniu ról rodzinnych przez zdrowiejącego rodzica alkoholika (Cierpiałkowska, 1994; 1997).

Po drugie, istniało większe prawdopodobieństwo zaobserwowania pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci (DeLucia i in., 2001; Hussong i in., 2007; Grzegorzewska, 2011). Zrozumienie temperamentu dzieci rodziców alkoholików stało się kluczowym obszarem badań ze względu na wpływową rolę cech temperamentu w rozwoju alkoholizmu, jak wykazał Cloninger (1987).

Temperament, jako skłonność i mechanizm regulacji zachowania jest cechą trwałą i dziedziczną, która objawia się na wczesnym etapie rozwoju człowieka. Istnieją różne historyczne i współczesne podejścia do definiowania i pomiaru temperamentu, każde oferując inny poziom analizy.

Koncepcja Strelaua kładzie nacisk na formalne i trwałe cechy behawioralne, które regulują poziom energii i tymczasowe aspekty zachowania. Perspektywa ta podkreśla biologiczne determinanty temperamentu, zakorzenione w czynnikach genetycznych i mechanizmach fizjologicznych rozwijających się w życiu płodowym.

Buss i Plomin również postrzegają temperament, jako cechę wrodzoną, obecną od urodzenia. Rothbart i Derryberry skupiają się na fundamentalnych różnicach w reaktywności i samoregulacji w różnych układach fizjologicznych.

Podobnie Thomas i Chess oraz Windle i in., rozważają temperament w kategoriach procesów emocjonalnych i motywacyjnych. W swoim badaniu z 1986 roku badacze potraktowali temperament, jako wskaźnik „dopasowania” cech osobowości i wymagań środowiskowych. Stwierdzili, że na efekty rozwojowe wpływa stopień zgodności tych czynników (Grzegorzewska, 2011).

Kompleksowy przegląd różnych badań z zakresu temperamentu potwierdza pogląd, że zrozumienie temperamentu może pomóc w wyjaśnieniu różnic indywidualnych w rozwoju dzieci i młodzieży, szczególnie w odniesieniu do niedostosowania i ryzyka rozwoju alkoholizmu (Tarter i in., 1985).

Chociaż liczba dokładnych badań na ten temat jest ograniczona, dowody empiryczne sugerują związek między temperamentem a alkoholizmem. Analizując związek między temperamentem a adaptacją, ważne jest uwzględnienie wielu kontekstów rozwoju dziecka.

Funkcjonowanie jednostki może różnić się w różnych kontekstach, ale na ogólny poziom adaptacji wpływa, jakość tych kontekstów oraz relacje społeczne i rodzinne (Chess i Thomas, 1984; Lerner i Lerner, 1994).

Badania konsekwentnie pokazują, że temperament dziecięcy ma większą moc predykcyjną w porównaniu, z jakością interakcji rodziców. Wyniki współczesnych badań nie pozwalają na jednoznaczne określenie korelacji między określonymi cechami temperamentu, a wynikami rozwojowymi. Liczne badania badające związek między temperamentem, a rozwojem zwykle koncentrują się na niekorzystnych cechach temperamentu, które mogą potencjalnie prowadzić do niekorzystnych konsekwencji rozwojowych, zamiast rozróżniać odrębne właściwości i cechy temperamentu i adaptacji.

Badanie wpływu temperamentu na rozwój alkoholizmu pozostaje istotne. Sugeruje się, że temperament może wpływać na pojawienie się problemów behawioralnych i zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń, (jako czynnika ryzyka) na różne sposoby.

W swoim badaniu z 1994 roku Clark, Watson i Mineka zidentyfikowali cztery różne ścieżki łączące określone cechy osobowości z odpowiadającymi im zaburzeniami nastroju i emocji. Pierwsza droga to model braku odporności, co sugeruje, że jednostki mogą być predysponowane do zaburzeń rozwojowych, szczególnie w zakresie reakcji na stres.

Druga ścieżka, zwana modelem „patoplastyki”, jest odmianą modelu braku odporności i zakłada, że cechy osobowości mogą kształtować przebieg zaburzenia poprzez tworzenie środowiska, które je podtrzymuje. Trzecia ścieżka nazywana jest hipotezą blizny, która sugeruje, że zaburzenie samo w sobie może powodować trwałe zmiany w osobowości jednostki, takie jak zwiększony poziom niepewności. Wreszcie hipoteza kontynuacji lub spektrum sugeruje, że skrajne stany psychopatologiczne można postrzegać, jako przejawy podstawowych cech osobowości.

W odrębnym badaniu przeprowadzonym przez Rothbarta i współpracowników w 1995 r. zidentyfikowano różne ścieżki wpływu temperamentu na zwiększone ryzyko psychopatologii. Związki między temperamentem, a adaptacją można przypisać trzem źródłom: bezpośrednim wpływom liniowym, pośrednim wpływom liniowym i wpływom interaktywnym.

Współczesne teorie psychopatologii związane z temperamentem sugerują, że różnice indywidualne w określonych procesach neuronalnych są powiązane z odrębnymi formami motywacji lub funkcjonowania. Teorie te zostały zaproponowane przez Batesa (1989), Clarka, Watsona i Minekę (1994) oraz Rothbarta, Derryberry i Posnera (1994).

Na wpływ układu nerwowego na cechy behawioralne wpływa jego specyfika, o czym świadczą trzy odrębne procesy. Po pierwsze, skrajny temperament może prowadzić do psychopatologii lub pozytywnej adaptacji, takiej jak skrajna nieśmiałość, deficyty uwagi lub wysoki poziom kontroli uwagi. Po drugie, skrajny temperament ma tendencję do tworzenia powiązań między stanami psychicznymi, takimi jak lęk prowadzący do uogólnionych zaburzeń lękowych lub agorafobii/ataków paniki, a wysokim poziomem koncentracji skutkującym dobrym przystosowaniem społecznym. Wreszcie cechy temperamentu mogą wpływać na specyficzne objawy niektórych zaburzeń, takich jak lęk lub poczucie beznadziejności w depresji.

Badania przeprowadzone przez Rothbarta i Batesa w 1998 roku potwierdzają hipotezę o bezpośrednich związkach cech temperamentu z adaptacją. Różne wymiary temperamentu są w odmienny sposób powiązane z eksternalizacyjnymi i internalizacyjnymi problemami z zachowaniem.

Wczesne zahamowanie w większym stopniu przyczynia się do późniejszych problemów z internalizacją, podczas gdy wczesna „krnąbrność” i upór z większym prawdopodobieństwem doprowadzą do późniejszych problemów z eksternalizacją. Negatywna emocjonalność jest powiązana z obydwoma tymi wymiarami.

Wielu badaczy temperamentu zgadza się, że sam temperament nie determinuje adaptacji pozytywnej lub negatywnej, ale raczej cechy temperamentu występujące w procesach rozwojowych odgrywają kluczową rolę w determinowaniu adaptacji. Koncepcja ta jest bardziej zgodna z modelem braku odporności niż z modelem widma (lub kontynuacji).

W publikacjach naukowych na ogół utrzymuje się przekonanie, że cechy temperamentu mogą pośrednio wpływać na wyniki adaptacji, chociaż wpływ ten ma bardziej charakter pośredni. Zidentyfikowano trzy podstawowe mechanizmy pośrednie:

- 1) temperament kształtuje środowisko, co w konsekwencji wpływa, na jakość adaptacji (np. silna skłonność do stymulacji prowadząca do wczesnego opuszczania domu rodzinnego skutkująca słabą satysfakcją małżeńską; doskonałe umiejętności koncentracji prowadzące do efektywnych wyników w nauce);
- 2) temperament w jakiś sposób ustanawia szczególne środowisko, które wywołuje specyficzne reakcje u innych, prowadząc do doświadczeń wysokiego ryzyka, psychopatologii lub pozytywnych skutków (np. wysoki poziom pozytywnego afektu przyciągającego uwagę opiekunów z różnych instytucji);

3) temperament wpływa na procesy poznawcze związane z percepcją siebie i społeczną, kształtując w ten sposób poznawcze podstawy psychopatologii lub pozytywnej adaptacji (np. afekt negatywny przyczyniający się do negatywnie nastawionych procesów komunikacji społecznej i agresywności; afekt pozytywny sprzyja pozytywnie nastawionym procesom komunikacji społecznej i optymistyczny światopogląd) (Ravindran i in., 2018).

Pierwsze dwa wyróżnione procesy koncentrują się wokół wpływu temperamentu poprzez doświadczenia lub zdarzenia, które zwykle są uważane za część otaczającego środowiska. W pierwszym modelu temperament predysponuje dzieci do poszukiwania ryzykownych doświadczeń, które mogą przyczynić się do rozwoju czynników stresogennych, takich jak odrzucenie przez rówieśników, niepowodzenia w nauce, problemy prawne, krzywda fizyczna lub trudności finansowe (Ravindran i in., 2018).

Stresory te mogą ostatecznie prowadzić do zaburzeń rozwojowych, w tym depresji. Zarówno obserwacje kliniczne, jak i badania naukowe potwierdzają te procesy, takie jak związek między depresją a zachowaniami aspołecznymi u chłopców (Patterson i in., 1992).

W drugim scenariuszu temperament dziecka „wyzwala” u rodziców określone zachowania, pośrednio wpływając, na jakość funkcji rodzicielskich, co w ogromnym stopniu wpływa na zadania rozwojowe i adaptacyjne.

Niektórzy badacze uważają, że niekorzystny temperament można modyfikować poprzez sprawowanie funkcji rodzicielskich w procesie rozwoju i adaptacji (Reid i Patterson, 1989). Przedstawiona koncepcja nie doczekała się dotychczas istotnego wsparcia w badaniach naukowych. Jednak badania przeprowadzone przez Willsa i współpracowników w 2001 roku zaczęły potwierdzać tę tezę, badając wpływ temperamentu na uzależnienie od narkotyków.

Ich odkrycia wskazują, że osoby o wysokim poziomie aktywności i negatywnej emocjonalności są bardziej podatne na nadużywanie substancji psychoaktywnych, podczas gdy osoby o wysokim poziomie orientacji zadaniowej i pozytywnej emocjonalności są obciążone zmniejszonym ryzykiem (Ravindran i in., 2018).

Korelację tę można lepiej zrozumieć dzięki modelowi mediacji. Aby to zilustrować, związek między negatywną emocjonalnością, poziomem aktywności i nadużywaniem narkotyków jest powiązany z uzewnętrznianiem problemów związanych z zachowaniem. W konsekwencji na związek zaburzeń eksternalizacyjnych z uzależnieniem wpływają negatywne wydarzenia życiowe oraz obecność znajomych zażywających narkotyki.

Niemniej jednak łagodzący wpływ pozytywnej emocjonalności jest wzmacniany przez pozytywne doświadczenia związane z radzeniem sobie ze stresującymi okolicznościami.

Naukowcy wciąż są zaintrygowani powiązaniem między dynamiką rodziny, funkcjami rodzicielskimi, temperamentem i adaptacją, co skłania do dalszych badań empirycznych. Uważa się, że relacje interaktywne odgrywają znaczącą rolę w łączeniu temperamentu i adaptacji. W szczególności problemy z zachowaniem mogą pojawić się, gdy temperament dziecka wchodzi w interakcję z tym, jak rodzice reagują na wyzwania stawiane przez ten temperament. Na przykład, jeśli rodzice reagują konfrontacyjnym lub uległym zachowaniem na cierpienie dziecka lub wymagający temperament, może to przyczynić się do jego niedostosowania. Naukowcy szeroko popierają ten model rozwoju.

Rothbart i Bates (1998) podzielili te interakcje na dwie kategorie: interakcje temperament-środowisko oraz interakcje pomiędzy różnymi temperamentami. W pierwszym przypadku temperament łagodzi działanie czynników ryzyka lub stresorów, takich jak strach chroniący przed agresją lub pozytywny afekt chroniący przed odrzuceniem. Wzmaga także reakcje na zdarzenia, przy czym negatywny afekt nasila reakcje na stres i zwiększa ryzyko depresji lub zaburzeń pourazowych. W tym drugim przypadku skrajny temperament zmienia jakościowo ekspresję samokontroli.

Występowanie ADHD wiąże się z wysokim poziomem braku regulacji, natomiast osoby z dobrą kontrolą wykazują wysoki poziom kompetencji. Nadmierna wrażliwość i narastający lęk wiążą się z dużą negatywną emocjonalnością i niską koncentracją uwagi, natomiast osoby z wysoką negatywną emocjonalnością i wysokim poziomem koncentracji uwagi nie doświadczają niedostosowania.

Co więcej, pewne cechy temperamentu mogą chronić przed ryzykownymi konsekwencjami innych podstawowych cech temperamentu, takich jak strachliwość lub długi okres uwagi chroniący przed impulsywnością. Istnieją również interakcje mieszane, w przypadku, których różne cechy temperamentu mogą predysponować jednostki do podobnych wyników rozwojowych, takich jak nieśmiałość, impulsywność, słaba przynależność i negatywizm, przyczyniając się do rozwoju izolacji społecznej. Ponadto, na temperament lub osobowość mogą wpływać zaburzenia psychopatologiczne, takie jak zaburzenia nerwicowe, prowadzące do zwiększonego uzależnienia (Peterson i in., 2001).

Zrozumienie temperamentu i jego roli w rozwoju i adaptacji jest szczególnie istotne w rodzinach dotkniętych problemami alkoholowymi. Istnieją dwa główne źródła badające związek między temperamentem dzieci a alkoholizmem rodziców. Pierwsze źródło bada poszczególne aspekty temperamentu, jako potencjalne czynniki ryzyka lub czynniki

ochronne w odniesieniu do różnych zaburzeń, w tym także związanych z alkoholem. Drugie źródło skupia się na analizie nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci alkoholików i opiera się na relacjach klinicznych psychiatrów i psychologów.

Próby wyjaśnienia zjawiska alkoholizmu wyłącznie w oparciu o wymiary temperamentu ogranicza jednak przyjęta perspektywa teoretyczna. Koncepcja temperamentu, jako wskaźnika dopasowania czynników subiektywnych do wymagań środowiska, podkreśla wzajemny związek między osobowością a środowiskiem. W tym sensie jednostki kształtują swoje otoczenie poprzez swoje unikalne cechy, środowisko zaś wpływa na rozwój ich osobowości (Lerner i Busch-Rossnagel, 1981; Windle i in., 1986).

Jednym z modeli mieszczących się w tych ramach jest koncepcja „trudnego temperamentu”. Trudny temperament charakteryzuje się specyficznym wzorcem reakcji i zachowań, w tym powolną adaptacją, wycofaniem, negatywnym nastrojem, zwiększoną wrażliwością i nieregularnym zachowaniem.

Według badań Thomasa i Chess z 1977 roku dzieci o specyficznym profilu temperamentu częściej doświadczają trudności w relacjach z rodzicami, rówieśnikami i nauczycielami.

Jak zauważyli Lerner i Vicary w 1984 r., występuje u nich większe prawdopodobieństwo angażowania się w ryzykowne zachowania, takie jak palenie, zażywanie narkotyków i spożywanie alkoholu. Co więcej, badanie Quintona i Ruttera z 1988 r. wykazało, że dzieci te są bardziej podatne na wrogie nastawienie w stosunku do dorosłych i do rówieśników.

Z drugiej strony pozytywny temperament chroni przed zaburzeniami, zwłaszcza u dzieci alkoholików. Badania Wenera przeprowadzone w 1986 roku wykazały, że dzieci alkoholików o pozytywnym profilu temperamentu doświadczają mniej problemów behawioralnych i trudności szkolnych niż inne dzieci.

Koncepcja opracowana przez Tartera (1985) łączy wyniki badań genetyki behawioralnej nad temperamentem z czynnikami ryzyka alkoholizmu. Integracja ta sugeruje, że wieloczynnikowe, dziedziczne wymiary temperamentu i ich neurobehawioralne odpowiedniki przyczyniają się do identyfikacji profilu przedalkoholowego lub przedchorobowego.

Biorąc pod uwagę genetyczne podłoże temperamentu, rozsądne jest założenie, że wrodzona skłonność do alkoholizmu wpływa na: rozwój i skutki nadmiernego spożycia alkoholu. W tym kontekście istnieje sześć wymiarów temperamentu, które mają podłoże dziedziczne.

O profilu osobowości obarczonym wysokim ryzykiem alkoholizmu decydują zaburzenia w sześciu wymiarach temperamentu: poziomu aktywności, zdolności do wyciszenia się po stresie, emocjonalności, reakcji na jedzenie, towarzyskości oraz skłonności do poszukiwania nowych rzeczy i próbowania innych.

Model psychobiologiczny Cloningera, powszechnie akceptowany w tej dziedzinie, identyfikuje trzy główne systemy biologiczne wpływające na temperament: poszukiwanie nowości, unikanie krzywdy i uzależnienie od nagrody. Układy te są regulowane przez neuroprzekaźniki, takie jak dopamina, serotonina i noradrenalina. Dodatkowo, do tego modelu dodano czwarty wymiar zwany wytrwałością, który odnosi się do odporności na frustrację i szybkości zmęczenia.

Oprócz kategoryzacji alkoholizmu na podstawie zaburzeń osobowości (typ I – osobowość zależna; typ II – osobowość aspołeczna), wyniki badań ujawniły istotne różnice osobowościowe pomiędzy alkoholikami typu I i typu II (Sher, 2000).

Alkoholicy typu I, na których uzależnienie od alkoholu wpływa otoczenie, mają tendencję do unikania negatywnych konsekwencji i w dużym stopniu polegają na pozytywnym wzmocnieniu społecznym. Z drugiej strony alkoholicy typu II, których alkoholizm jest uwarunkowany genetycznie, wykazują profil temperamentu charakteryzujący się poszukiwaniem nowości, ciekawością poznawczą, ekstrawagancją, impulsywnością i brakiem dyscypliny (Sher, 2000).

Choć niektóre badania empiryczne nie dostarczyły jednoznacznych dowodów potwierdzających to założenie (Sher, 2000), polskie badania wykazały, że osoby z większą skłonnością do poszukiwania doznań, trudnościami w kierowaniu sobą i zmniejszoną zdolnością do współpracy są bardziej podatne na nadużywanie substancji psychoaktywnych. (Pałczyński, 2002; Hornowska, 2006).

Psychiatrzy i psychologowie donoszą o zachowaniu dzieci alkoholików, opierając się na bezpośrednich obserwacjach, diagnozach i retrospektywnych relacjach dorosłych alkoholików. Pierwsze obserwacje dotyczące częstości występowania alkoholizmu w rodzinach z nadpobudliwymi dziećmi przeprowadzono w latach 70. XX wieku (Cantwell, 1972; Fine i in., 1976). Późniejsze badania opierały się głównie na kryteriach klinicznych przedstawionych w DSM-III w celu zbadania tych zaburzeń.

Stewart, DeBlois i Cummings (1980) zbadali patologię rodzinną u 126 chłopców w wieku 5–15 lat, u których zdiagnozowano: 1) agresję antyspołeczną, 2) agresję antyspołeczną połączoną z nadpobudliwością, 3) nadpobudliwość, 4) inne objawy psychopatologiczne. Ich odkrycia ujawniły istotny związek między spożyciem alkoholu

przez rodziców, a zachowaniami aspołecznymi, co doprowadziło do rozpoznania agresji antyspołecznej u dzieci. Nie zaobserwowano jednak takiej zależności w odniesieniu do nadpobudliwości dzieci.

Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach, które wykazały silną dodatnią korelację pomiędzy alkoholizmem rodziców a zaburzeniami zachowania u potomstwa (Stewart i in., 1979; August i in., 1983). Opierając się na wcześniejszych ustaleniach, można postawić hipotezę, że aspołeczne i agresywne zachowanie w dzieciństwie jest istotnym czynnikiem predykcynym nadużywania alkoholu w wieku dorosłym (August i Stewart, 1983).

Podjęto różne badania retrospektywne w celu zbadania dorosłych alkoholików. Obejmowały one porównanie trajektorii rozwojowych osób adoptowanych z alkoholizmem i bez niego, przeprowadzenie retrospektywnych badań nad alkoholikami oraz analizę rozwoju osób, które wykazywały wyraźne oznaki nadpobudliwości w dzieciństwie. Wyniki tych badań prowadzą do następujących wniosków:

- 1) Alkoholizm biologicznych rodziców jest silnie powiązany z podwyższonym poziomem nadpobudliwości u adoptowanych dzieci.
- 2) Wśród adoptowanych dzieci alkoholików wychowywanych przez niepijących rodziców powszechna jest nadpobudliwość psychoruchowa.
- 3) Nadpobudliwość obserwuje się głównie u dorosłych mężczyzn borykających się z problemami alkoholowymi (Huessy i Howell, 1985; Nace, 2005).

Podsumowując, na podstawie aktualnej wiedzy można wnioskować, że istnieje związek pomiędzy alkoholizmem rodziców, nadpobudliwością u dzieci i późniejszymi problemami alkoholowymi. Oparty na badaniach model interakcji między tymi zmiennymi sugeruje, że alkoholizm rodziców w połączeniu z zachowaniami aspołecznymi przyczynia się do rozwoju zaburzeń zachowania u potomstwa płci męskiej, co następnie prowadzi do nadmiernego picia w okresie dojrzewania, trudności w nauce i zaangażowania w działalność przestępczą. W późniejszych latach osoby te będą charakteryzowały się znaczną częstością występowania alkoholizmu, aspołecznych zaburzeń osobowości i konfliktów z prawem (Lukas i in., 2001; Schuckit, 2002; Nace, 2005).

3.3. Syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika, a kształtowanie dojrzałości społecznej

Etap dorosłości, obejmujący okres od około dwudziestego piątego roku życia do jego zakończenia, jest najdłuższym etapem w życiu człowieka. Należy zauważyć, że istnieje

również wcześniejszy etap dorosłości, który zazwyczaj rozpoczyna się w wieku około dwudziestu lat. Jednak dokładne rozpoczęcie dorosłości nie jest ściśle określone wiekiem, ale raczej aktem podjęcia zobowiązań w różnych obszarach życia i wytrwałości w ich wypełnianiu pomimo wszelkich przeszkód fizycznych, społecznych czy psychologicznych.

Według Brzezińskiej, Appelt i Ziółkowskiej (2016) potencjał dorosłości tkwi nie tylko w umiejętności stawiania czoła wyzwaniom, ale także w umiejętności realistycznego przewidywania przyszłości, stawiania ambitnych, ale możliwych do osiągnięcia celów i wzięcia odpowiedzialności za konsekwencje niezależne wybory.

Jednym z kluczowych kamieni milowych wczesnej dorosłości jest akt opuszczenia domu rodzinnego, który oznacza znaczącą zmianę w życiu. Proces separacji i uniezależnienia się od rodziców jest podróżą fizyczną i psychologiczną. Polega na przyjęciu pełnej odpowiedzialności za swoje czyny i uczeniu się samodzielności. Na tym etapie młodzi dorośli muszą zająć się własnym życiem, w tym swoją sytuacją finansową.

Ważne jest kultywowanie samodyscypliny i umiejętności organizacyjnych (Bee, 2004), gdyż dorosłość wiąże się z koniecznością dostosowania osobistych planów do oczekiwań społecznych i odnalezienia swojego miejsca w ramach ustalonych norm społecznych (Wojciechowska, 2005).

Kolejnym istotnym aspektem wczesnej dorosłości jest przyjmowanie nowych ról społecznych i przystosowanie się do nich. Role te obejmują bycie uczniem, pracownikiem, partnerem/małżonkiem, rodzicem, dziadkiem (w późniejszym życiu) i nie tylko. Aby uniknąć konfliktów interpersonalnych i intrapersonalnych, istotne jest, aby poszczególne osoby były psychicznie przygotowane i chętne do podjęcia tych ról i związanych z nimi obowiązków.

Przedwczesne przyjęcie określonej roli bez odpowiedniego przygotowania psychicznego może prowadzić do konfliktów wynikających z oczekiwań społecznych i sprzecznych wyobrażeń na temat ról płciowych (Wojciechowska, 2005). Wpływ tego czynnika jest najbardziej widoczny w różnych aspektach życia, takich jak przejmowanie obowiązków rodzicielskich czy małżeńskich, a nawet podejmowanie decyzji o ich rezygnacji lub znacznym odroczeniu (Wojciechowska, 2005).

Niektóre osoby świadomie unikają pełnienia tych ról, być może ze strachu przed intymnością i odrzuceniem lub dlatego, że nie chcą wyrządzić swoim dzieciom takiej samej krzywdy, jakiej same doświadczyły. Jest to szczególnie widoczne wśród dorosłych dzieci alkoholików, gdzie niektórzy mogą zrezygnować z pewnych ról społecznych.

Kolejnym kluczowym aspektem dorosłości jest nawiązywanie długotrwałych i głębokich relacji intymnych, które wiążą się z doświadczaniem bliskości, ale także niosą ze sobą ryzyko odrzucenia przez ukochaną osobę. Styl przywiązania rozwinięty we wczesnym okresie życia odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu, jakości tych intymnych relacji.

Jak podkreślają Hazan i Shaver, styl przywiązania kształtujący się pomiędzy dzieckiem a jego głównym opiekunem będzie znacząco wpływał na relacje jednostki z partnerami intymnymi w dorosłym życiu. Kiedy u dziecka rozwija się pozabezpieczny styl przywiązania, prawdopodobne jest, że nieświadomie będzie szukać partnera, który traktuje je podobnie jak jego postać przywiązania z dzieciństwa (Wojciechowska, 2005; Juroszek, 2012).

Warto pamiętać, że tworzenie relacji intymnych wiąże się z dodatkowymi zadaniami, takimi jak założenie rodziny, zawarcie małżeństwa i wychowanie dzieci (Brzezińska i in., 2016).

W okresie dorosłości na wiele aspektów funkcjonowania jednostki wpływają jej doświadczenia z dzieciństwa i dorastania, na co wskazuje psychologia rozwojowa. Należą do nich uwarunkowania genetyczne, czynniki biologiczne oraz środowisko, w którym były wychowywane (Mróz, 2009).

Pomyślne wykonanie tych ważnych zadań rozwojowych zależy od wcześniejszych doświadczeń młodego dorosłego. Omawiając okres rozwojowy, istotne jest uwzględnienie zarówno doświadczeń wczesnego dzieciństwa, jak i tych związanych z okresem dorastania. Doświadczenia te są szczególnie istotne przy badaniu funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików. Choć nakreślono najważniejsze zadania rozwojowe stojące przed młodymi dorosłymi i osobami w średnim wieku, warto podkreślić, że są jeszcze inne aspekty tego okresu, jak na przykład znalezienie swojego miejsca w roli pracownika.

Dobrze udokumentowano, że większość dorosłych dzieci alkoholików doświadcza poczucia niedostosowania, odmienności, nieatrakcyjności i bezwartościowości, któremu często towarzyszy strach przed zdemaskowaniem. Uczucia te wynikają z ciągłego stawiania czoła trudnym sytuacjom w dzieciństwie, w tym odrzuceniu przez rodziców, co prowadzi do niskiej samooceny, która utrzymuje się w dorosłości.

Jak podkreśla Sobolewska, dziecko odrzucone wyrasta w przekonaniu, że nie zasługuje na lepsze traktowanie, jeśli rodzice go nie chcą. Prowadzi to do utrzymującego się przez całe życie poczucia wstydu. W swojej pracy z dorosłymi wychowującymi się w rodzinach dotkniętych alkoholizmem autorka zwraca uwagę na powszechny problem niskiej

samooceny wśród uczestniczek prowadzonej przez nią grupy wsparcia DDA (Sobolewska, 2000).

Badania empiryczne dodatkowo potwierdzają pogląd, że dorosłe dzieci alkoholików często borykają się z niską samooceną. Badania El-Guebaly'ego dotyczące tej konkretnej grupy wykazały silną korelację pomiędzy niską samooceną, brakiem pewności siebie, lękiem przed porzuceniem, złymi relacjami rodzic-dziecko i podwyższonym poziomem złości (Ślaski, 2005).

W badaniu przeprowadzonym przez Jakubika i Zegarowicz zbadano wpływ alkoholizmu w rodzinie na dorosłe dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem różnic płciowych. Badania wykazały, że dziewczęta, których ojcowie zmagali się z uzależnieniem od alkoholu, były bardziej podatne na obniżenie poczucia własnej wartości.

Osoby te miały tendencję do negatywnego postrzegania swojego wyglądu, zdolności intelektualnych i interakcji społecznych. Dodatkowo, często kwestionowały swoją atrakcyjność w grupie rówieśniczej, nie zważając na pozytywne opinie wyrażane przez innych (Jakubik i Zegarowicz, 1998).

W innym badaniu Zalas przebadano grupę czterdziestu osób w wieku od 17 do 30 lat, pochodzących z rodzin alkoholowych. Wyniki wykazały, że 9% uczestników miało trudności z przyjęciem krytyki, a kolejne 9% surowo oceniało siebie i swoje umiejętności (Zalas, 2009).

Warto zaznaczyć, że odsetek ten nie stanowi znaczącej części respondentów. Dlatego tak istotne jest, aby nie interpretować wyników tych badań, jako deterministycznego związku pomiędzy alkoholizmem w rodzinie, a niską samooceną osób wychowywanych w takich środowiskach. Jak wynika z badań Hinsona, dorosłe dzieci alkoholików korzystające z pomocy psychologicznej wykazywały obniżony poziom samooceny, natomiast te, które nie szukały pomocy, zachowały stabilne i nienaruszone poczucie własnej wartości (Ślaski, 2005).

Czynniki chroniące, takie jak postawa akceptacji i szacunku ze strony niepijącego rodzica, odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu samooceny osób wychowywanych w rodzinach alkoholowych. Black, Bucky i Wilder-Padilla podkreślali, że taka rodzicielska postawa może skutecznie redukować poziom lęku i podnosić samoocenę u dzieci, a w konsekwencji zmniejszać prawdopodobieństwo wystąpienia dysfunkcyjnych zachowań wśród DDA (Ślaski, 2005).

Początkowo zainteresowanie dorosłych dzieci alkoholików skupiało się na ustaleniu związku pomiędzy uzależnieniem rodziców a późniejszym rozwojem różnych zaburzeń

psychopatologicznych. Celem badaczy było zidentyfikowanie obecności homotypowej lub heterotypowej ciągłości w ryzyku wystąpienia tych zaburzeń (Cierpiałkowska i Grzegorzewska 2016).

Chociaż obecne badania nie skupiają się wyłącznie na korelacji pomiędzy uzależnieniem rodziców a rozwojem różnych zaburzeń psychopatologicznych u dorosłych dzieci alkoholików, należy przyznać, że ta szczególna grupa jest narażona na zwiększone ryzyko wyzwań w dorosłym życiu.

Ze względu na różnorodny charakter dorosłych dzieci alkoholików, trudno jest zidentyfikować uniwersalne cechy, które dotyczą ich wszystkich. Dzieje się tak przede wszystkim, dlatego, że ich wychowanie znacznie się różniło w zależności od dynamiki panującej w ich rodzinach.

W niektórych przypadkach rodzic zmagający się z alkoholizmem zachowywał się agresywnie, uciekając się zarówno do przemocy fizycznej, jak i psychicznej. W innych przypadkach uzależniony rodzic był nieobecny emocjonalnie lub fizycznie, a czasem nawet uległy. Zaangażowanie niezależnego rodzica również odgrywa kluczową rolę, obejmując jego zainteresowanie dobrem dziecka, jego zdolnością do sprawowania kontroli oraz poziomem zapewnianej przez niego opieki.

Relacja między niezależnym rodzicem, a ich dziećmi może służyć, jako istotny czynnik ochronny przed trudnościami, z jakimi borykają się osoby wychowywane w gospodarstwach domowych dotkniętych alkoholizmem. Występują, zatem jednostki, które będą w stanie odpowiednio funkcjonować, z powodzeniem pełnić określone role społeczne, podczas gdy inni staną przed różnymi wyzwaniami, które ograniczają ich zdolność do prowadzenia satysfakcjonującego życia.

Pomimo tych różnic wielu autorów, czerpiąc z badań i pracy terapeutycznej z osobami z rodzin alkoholowych, zidentyfikowało kilka wspólnych cech, które często obserwuje się w ich funkcjonowaniu i wyrażaniu siebie. Należy zauważyć, że cechy te mogą objawiać się z różnym stopniem intensywności u różnych osób, a niektóre mogą w ogóle nie być widoczne.

Jak zauważyli Cermak i Rutzky (1996) zauważyli, że różnorodne doświadczenia dały początek szeregowi cech typowo kojarzonych z Dorosłymi Dziećmi Alkoholików (DDA), chociaż nie wszystkie te cechy mogą dotyczyć każdej osoby, większość DDA ma zidentyfikowanych kilka dominujących aspektów swojej osobowości.

Wśród tych cech godnym uwagi aspektem jest strach przed utratą kontroli. Dorosłe dzieci alkoholików często dążą do utrzymania kontroli nad własnym zachowaniem

i emocjami, a także do sprawowania kontroli nad uczuciami i działaniami innych. Ten wzorzec funkcjonowania wynika z głęboko zakorzenionej obawy, że ich sytuacja życiowa ulegnie pogorszeniu, jeśli nie będą w stanie utrzymać kontroli.

Strach przed emocjami jest powszechną cechą osób, które dorastały w rodzinach alkoholowych. Aby przetrwać w burzliwym środowisku, musieli stłumić swoje silne i stanowiące wyzwanie uczucia. W rezultacie stają się odrętwieni na wszelkie emocje inne niż napięcie i niepokój, co skutkuje ograniczoną zdolnością do odczuwania przyjemnych emocji.

Konflikt staje się źródłem strachu dla osób wychowanych w rodzinach alkoholowych. Często spotykały się z przemocą fizyczną lub psychiczną ze strony najbliższych krewnych, co prowadziło do strachu przed autorytetami, gniewnymi jednostkami i krytyką ze strony innych. W rezultacie dorosłe dzieci alkoholików nieustannie szukają potwierdzenia u innych, tracąc własne poczucie tożsamości. Zamiast stawiać na pierwszym miejscu własne potrzeby i dobre samopoczucie, stale dostosowują się, aby zadowolić innych.

Ciężar nadmiernej odpowiedzialności to kolejna konsekwencja dorastania w rodzinie alkoholowej. Koncentrując się nadmiernie na potrzebach innych, dorosłe dzieci alkoholików uczą się brać odpowiedzialność za otaczających ich ludzi. Poczucie winy dręczy dorosłe dzieci alkoholików, które nieustannie na pierwszym miejscu stawiają potrzeby najbliższych, pozostawiając własne potrzeby bez zaspokojenia.

Zdolność do relaksu i spontanicznej zabawy staje się wyzwaniem dla dorosłych dzieci alkoholików, które zawsze są w stanie najwyższej czujności i są niezwykle świadome potencjalnego chaosu, jaki może się pojawić. Ich silne poczucie samokontroli tłumi naturalną spontaniczność.

Dorosłe dzieci alkoholików wykazują ostrą samokrytykę z powodu głęboko zakorzenionej niskiej samooceny. Pomimo swoich możliwości trzymają się niemożliwie wysokich standardów i nieustannie się krytykują.

Wypieranie staje się drugą naturą dorosłych dzieci alkoholików, mechanizmem radzenia sobie opracowanym w granicach ich środowiska rodzinnego. Kiedy czują się zagrożeni, uciekają się do odmowy, próbując zachować pozory kontroli (Robinson, 1998).

Nawiązywanie i utrzymywanie bliskich relacji sprawia dorosłym dzieciom alkoholików trudności, gdyż intymność kojarzy im się z utratą kontroli, co prowadzi do wzmożonego lęku. Ponadto, osoby wychowane w rodzinach dotkniętych alkoholizmem często kojarzą intymność z agresją, lekceważeniem osobistych granic, oraz poczuciem zagrożenia

i nieporządku. W rezultacie napotykają trudności w utrzymaniu satysfakcjonujących związków partnerskich w dorosłym życiu.

Co więcej, dorosłe dzieci alkoholików często postrzegają siebie, jako osoby bezradne i zniszczone, ze względu na powtarzające się doświadczenia ofiar w ich rodzinie. To postrzeganie przekłada się na ich dorosłość. Dodatkowo, osoby te mogą angażować się w zachowania kompulsywne, takie jak pracoholizm, bulimia lub tworzenie relacji, w sztywny i powtarzalny sposób.

Ich rozumienie miłości jest często zniekształcone, ponieważ rzadko byli świadkami zdrowych relacji opartych na miłości i wzajemnym szacunku między rodzicami. Zamiast tego zaobserwowali relacje, w których jeden dorosły lituje się nad drugim. W rezultacie czasami rozwijają uczucie „miłości” wobec osób, którym współczują i którym chcą pomóc.

Wreszcie, dorastanie w środowisku, w którym jedno lub oboje rodzice często je porzucali, zaszczepia strach przed pozostawieniem ich samym sobie. Dorosłe dzieci alkoholików wkraczające w nowe związki często noszą w sobie głęboko zakorzeniony strach przed porzuceniem z powodu emocjonalnego zaniedbania rodziców. Ten strach popycha ich do pozostawania w niezadowolających związkach z powodu istnienia desperackiej potrzeby uniknięcia bólu odrzucenia.

Stres, jakiego doświadczają, prowadzi do dychotomicznego myślenia, w którym widzą świat w czerni i bieli i czują się zmuszeni do dokonywania wyborów w oparciu o mentalność „wszystko albo nic”. Ten ciągły konflikt wewnętrzny odbija się na ich zdrowiu psychicznym i fizycznym, ponieważ dwukrotnie częściej zwracają się o pomoc medyczną i są bardziej podatni na objawy psychosomatyczne.

Dodatkowo, osoby te zmagają się z nieprzepracowanym uczuciem żalu, ponieważ w dzieciństwie nie pozwalano im otwarcie wyrażać trudnych emocji. W rezultacie trudno im uporać się ze stratą i rozczarowaniem w dorosłym życiu, nie przypominając sobie o swoich przeszłych doświadczeniach.

Powszechnym doświadczeniem dorosłych dzieci alkoholików jest zmaganie się z depresją i niemożnością znalezienia radości. Dzieje się tak często na skutek długotrwałego narażenia rodziny alkoholowej na stres, który powoduje, że każdy jej członek wykazuje nadmierną czujność i reaguje na sygnały płynące od najbliższych, nawet, jeśli nie istnieje realne zagrożenie. Ten podwyższony stan czujności utrzymuje się aż do dorosłości, wpływając na zdolność dziecka do odczuwania spokoju.

Robinson (1998) uważa, że przetrwanie i funkcjonowanie w obecności nieprzewidywalnego alkoholika może być niezwykle trudne. Cermak i Rutzky (1996)

sugerują, że dorosłe dzieci alkoholików potrafią zastanowić się nad swoimi doświadczeniami i uznać przetrwanie, jako znaczące osiągnięcie.

Należy zauważyć, że nie wszystkie osoby, których rodzice są alkoholikami, będą wykazywać te specyficzne cechy. Jednak, gdy członek rodziny zmaga się z chorobą taką jak alkoholizm, stwarza to niesprzyjające środowisko dla pozytywnej adaptacji dzieci. Staje się to główną przeszkodą w realizacji niezbędnych zadań rozwojowych jednostki, potencjalnie powodując istotne zakłócenia i prowadząc do ujawnienia się w przyszłości różnorodnych zaburzeń psychopatologicznych.

Nie wnikając głęboko w definicję psychopatologii rozwojowej, jako dziedziny naukowej, należy zauważyć, że służy ona, jako ramy koncepcyjne dla zrozumienia zawiłości rozwoju człowieka i wyjaśnienia mechanizmów stojących za pojawianiem się różnych problemów w całej populacji, zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka ze skłonnością do rozwoju psychopatologii. Perspektywa ta wykracza poza ramy konkretnych paradygmatów psychiatrii, psychologii czy socjologii, a zamiast tego integruje wyniki badań z różnych dyscyplin naukowych i klinicznych, które rzucają światło na nietypowy rozwój jednostki (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016).

Założenia tych badań wywodzą się z psychologii rozwojowej, która zakłada, że na rozwój wpływają złożone interakcje pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. Ten szerszy kontekst skłonił badaczy do skupienia się na przenoszeniu alkoholizmu i jego związku z trudnościami i zaburzeniami psychopatologicznymi u dorosłych dzieci alkoholików. W szczególności badacze zbadali częstość występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych (w tym stresu pourazowego), zaburzeń społecznych, zaburzeń braku kontroli i zaburzeń osobowości.

Często u osób uzależnionych diagnozuje się także depresję, choć określenie pierwotnego lub wtórnego charakteru alkoholizmu w takich przypadkach stanowi wyzwanie. Chociaż niektóre badania sugerują, że alkoholizm poprzedza depresję, istnieją również dowody wskazujące, że alkoholizm może rozwinąć się, jako sposób radzenia sobie z depresją poprzez nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Biorąc pod uwagę dziedziczny charakter depresji i zwiększone ryzyko odziedziczenia tej choroby, gdy bliscy krewni doświadczyli ciężkiej depresji o wczesnym początku, nie jest zaskakujące, że badania oceniające funkcjonowanie dorosłych dzieci alkoholików skupiały się również na ich podatności na tę chorobę, jeśli ich rodziców zostało dotkniętych.

W licznych badaniach wykorzystano różne narzędzia diagnostyczne w celu sprawdzenia obecności zaburzeń depresyjnych w tej konkretnej grupie. Wyniki badań

empirycznych Harter wśród osób z rodzin alkoholowych w porównaniu z osobami niezależnymi u rodziców wskazują na większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych w tej pierwszej grupie (Gąsior, 2012).

Badania przeprowadzone przez Siwę-Hudowską i Wiewiórską (2010) w kontekście polskich realiów rzucają światło na wpływ spożywania alkoholu na objawy depresyjne i satysfakcję z życia. Ustalenia z badań wskazują, że większy wpływ na te czynniki ma intensywność spożywania alkoholu niż samo pochodzenie z rodziny alkoholowej.

Chociaż dorastanie w rodzinie alkoholowej zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia różnych trudności w dorosłości, w tym depresji, należy wziąć pod uwagę, że nie jest to jedyny czynnik. Cierpiałkowska i Grzegorzewska (2016) podkreślają, że część badań koncentruje się wyłącznie na grupach klinicznych, pomijając grupę niekliniczną lub włączając je jedynie do badań nad środowiskowymi programami profilaktycznymi. Badania nad determinantami psychopatologii, takimi jak uzależnienie od alkoholu, zaburzenia osobowości i depresja, dostarczyły zdrowia psychicznego i ścieżek rozwoju potomstwa z rodzin alkoholowych.

Brak wzajemności w relacji między rodzicami w rodzinie alkoholowej prowadzi do dysfunkcji ról, które są efektem długotrwałego narażenia na stres i mogą być przyczyną trwałych zaburzeń emocjonalnych w życiu dorosłym (Ławska i in., 2012).

Dorośle dzieci alkoholików często doświadczają bardzo stresujących wydarzeń, w tym długotrwałej przemocy psychicznej i fizycznej, które przewyższają zwykłe ludzkie doświadczenia. W konsekwencji mogą rozwinąć się u nich zaburzenia związane z przebytą traumą. Trauma intensyfikuje emocje i może w skrajny sposób wpływać na uczucia oraz zachowania, albo w pełni wkraczając w świadomość, albo pozostając poza nią (Bobkowicz-Lewartowska, 2013).

Doświadczanie długotrwałego i intensywnego stresu może prowadzić do rozwoju zespołu stresu pourazowego. Podstawowym kryterium rozpoznania PTSD jest obecność intensywnego strachu, przerażenia lub bezradności w przypadku bezpośredniego zaangażowania lub bycia świadkiem zdarzenia zagrażającego życiu lub dobrostanowi fizycznemu (Petrikowska, 2012).

Nie wchodząc w szczegółowe kryteria diagnostyczne, należy podkreślić znaczącą rolę, jaką odgrywa długoterminowa ekspozycja na stres w rozwoju PTSD. Stres ten stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka, ostatecznie wpływając na jego codzienne funkcjonowanie. Objawy mogą objawiać się ponownym przeżywaniem przeszłych wydarzeń, któremu towarzyszą reakcje fizjologiczne, unikaniem bodźców

przypominających traumę, tłumieniem bolesnych myśli i emocji prowadzących do emocjonalnego odrętwienia, oraz pojawieniem się wzmożonych stanów pobudzenia, takich jak zaburzenia snu, trudności z koncentracją, wzmożona czujność, wybuchy złości i drażliwość (Petrikowska, 2012).

Badania wskazują, że dzieci, których rodzice zmagają się z uzależnieniem od alkoholu, są bardziej podatne na rozwój uogólnionych zaburzeń lękowych w porównaniu do dzieci, których rodzice nie są uzależnieni. Dzieci te często borykają się z takimi problemami, jak niska samoocena, trudności z tożsamością, psychosomatyczne reakcje na stres (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016).

W badaniu przeprowadzonym przez Hall'a i Webstera (2002) stwierdzono, że dorosłe dzieci alkoholików doświadczały cięższych zaburzeń nastroju i objawów stresu pourazowego niż te, które nie pochodziły z rodzin alkoholowych. Warto jednak zaznaczyć, że autorzy nie porównywali tej grupy do osób, które doświadczyły w życiu innych form traumy, które potencjalnie mogłyby dawać podobne wyniki w zakresie nasilenia objawów stresu pourazowego.

Później ci sami autorzy przeprowadzili badanie porównawcze z udziałem czterech odrębnych grup osób. Pierwszą grupę stanowiły dorosłe dzieci alkoholików, które alkoholizm swoich rodziców doświadczyły wyłącznie, jako czynnik traumatyczny. Drugą grupę stanowiły dorosłe dzieci alkoholików, które oprócz alkoholizmu rodziców doświadczyły także innych traumatycznych przeżyć. Trzecią grupę stanowiły osoby, które doświadczyły traumy w życiu, ale nie wychowywały się w rodzinie alkoholowej. Wreszcie czwartą grupę stanowiły osoby, które nie doświadczyły traumy ani nie pochodziły z rodziny zmagającej się z uzależnieniem od alkoholu.

W swoich ustaleniach Hall i Webster (2007) podkreślają, że grupa dorosłych dzieci alkoholików wykazuje podwyższoną wrażliwość na stresory życiowe i napotyka większe trudności w adaptacji w porównaniu z osobami, których rodzice nie byli alkoholikami.

Należy zauważyć, że badania dotyczące wpływu stresu rodzinnego w rodzinach alkoholowych rzadko uwzględniają inne stresory niezwiązane z alkoholizmem rodziców, takie jak zaburzenia u niepijących rodziców, które mogą znacząco wpływać na funkcjonowanie i manifestację potencjalnych zaburzeń w obrębie wspomnianej grupy osób (Gąsior, 2012).

Stąd, podobnie jak w przypadku potencjalnego pojawienia się objawów depresyjnych u dorosłych dzieci alkoholików, nie można z całą pewnością zakładać, że ta konkretna grupa także będzie zmagać się z zaburzeniami lękowymi czy stresem pourazowym. Wiadomo

jednak, że dorosłe dzieci alkoholików mogą wykazywać zwiększoną wrażliwość na stresujące zdarzenia i być bardziej podatne na ich wystąpienie.

Badania przeprowadzone na dorosłych dzieciach alkoholików, w porównaniu z osobami z rodzin niedysfunkcyjnych, wykazały, że te pierwsze mają większe trudności w przystosowaniu się do zmieniających się warunków środowiskowych. Wyzwania, przed którymi stają niektóre osoby z rodzin alkoholowych, często utrudniają im konstruktywną realizację zadań rozwojowych dostosowanych do poszczególnych etapów życia. Perspektywa rozwojowa sugeruje, że „wpływ dorastania w rodzinie, w której występują problemy uzależnień, na dobrostan psychiczny i funkcjonowanie potomstwa zaczyna się już na wcześniejszych etapach życia. W związku z tym potencjalne zaburzenia u dzieci alkoholików można postrzegać, jako wynik historii rozwojowej naznaczonej niepowodzeniami w dostosowaniu się do kluczowych zadań rozwojowych (Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2016).

Badania przeprowadzone przez Belliveau i Stoppard, jak podaje Gąsior (2012) skupiały się na grupie studentów, z których część pochodziła z rodzin alkoholowych, a część nie. Wyniki wykazały, że w grupie pochodzącej z rodzin alkoholowych występował wyższy poziom lęku, depresji i objawów adaptacyjnych. Co ciekawe, na nasilenie psychopatologii u dorosłych dzieci alkoholików nie miała wpływu płeć uzależnionego rodzica ani płeć badanych osób (Gąsior, 2012).

Zauważa się, że nie wszystkie badania wykazały tak wyraźne różnice w zakresie adaptacji pomiędzy dziećmi z rodzin alkoholowych i osobami z rodzin niealkoholowych. Benda i DiBlasio przeprowadzili badanie porównujące trzy grupy: dorosłe dzieci alkoholików, osoby uzależnione od alkoholu, ale bez ADHD oraz osoby bez ADD. Ich wyniki wykazały, że pomiędzy tymi grupami występowały minimalne istotne różnice (poza dwiema podskalami) (Gąsior, 2012).

Podsumowując, chociaż osoby, które dorastały z rodzicami alkoholikami, są obarczone większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń, badania przeprowadzone na tej grupie przyniosły zróżnicowane wyniki ze względu na różnice w metodologii i wynikach. Niektóre badania wskazują na częstsze występowanie problemów w tej populacji, inne natomiast nie wykazują różnic w porównaniu z osobami z rodzin niealkoholowych.

Charakterystyczną cechą dorosłości jest konflikt pomiędzy intymnością a izolacją. Na tym etapie młodzi dorośli chętnie nawiązują kontakty i bliskie relacje, pomimo potencjalnych poświęceń. Relacje intymne odgrywają znaczącą rolę w życiu jednostki, dając

zarówno satysfakcję, jak i potencjalne wyzwania. Jakość i znaczenie tych relacji zależy od wcześniejszych doświadczeń jednostki i jej podejścia do tworzenia intymnych więzi.

Relacja między jednostkami, a ich rodzicami ma ogromne znaczenie, ponieważ wpływa na ich przyszłe relacje intymne. Początkowe interakcje i wzorce ról płciowe dostarczane przez rodziców kształtują postrzeganie przez dziecko powiązań międzyludzkich. Wszelkie zmiany w relacji rodzic-dziecko, zwłaszcza, jeśli wiążą się ze zmniejszeniem częstotliwości kontaktów, mogą mieć wpływ na więź emocjonalną między nimi. Więzy ta staje się następnie wzorem dla dorosłych relacji jednostki, zwłaszcza ze znaczącym partnerem (Kiczka, 2015).

Doświadczenia dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych w ogromnym stopniu wpływają, na jakość ich relacji intymnych. Szczególny niepokój budzą traumatyczne doświadczenia i niezaspokojone potrzeby z dzieciństwa, które partner wnosi do związku. Doświadczenia te pozostawiają trwały ślad w ich osobowości, prowadząc do destrukcyjnych wzorców i nieadaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie z negatywnymi emocjami i niespełnionymi potrzebami.

Według Z. Sobolewskiej-Mellibrudy (2000) ważnym aspektem, który należy wziąć pod uwagę, jest powtarzanie wyuczonych wzorców z dzieciństwa, takich jak odgrywanie określonych ról psychologicznych, które powracają w relacjach intymnych, gdzie wzorce te nie służą już celowi funkcjonalnemu. W rezultacie dorosłe dzieci alkoholików często boją się zbliżania do innych, gdyż intymność kojarzy im się z negatywnymi emocjami. Zamiast tego decydują się na dystansowanie i całkowite unikanie wchodzenia w intymne relacje.

Potwierdzają to badania Kałdon (2015), które przeprowadziły ankietę wśród 80 studentów będących dorosłymi dziećmi alkoholików. Spośród ankietowanych 11% wyraziło brak chęci założenia rodziny ze względu na wysoki poziom lęku, a ponad połowa nie była w stanie udzielić żadnej odpowiedzi w tej kwestii. Co więcej, znaczny odsetek dorosłych dzieci alkoholików szuka porady psychologicznej lub terapii, aby zaradzić nawracającym trudnościom w związkach intymnych, a „jedna trzecia ich małżeństw kończy się rozwodem” (Bobkowicz-Lewartowska, 2013).

W literaturze często wspomina się o wyzwaniach, jakie pojawiają się w relacjach intymnych dorosłych dzieci alkoholików. W swojej analizie Sobolewska-Mellibruda identyfikuje różne obszary problemowe w funkcjonowaniu tej grupy, ze szczególnym uwzględnieniem jej relacji z innymi.

Obserwuje się, że dorosłe dzieci alkoholików często wykazują wrogie postawy wobec osób, z którymi wchodzi w interakcję, przypisując im negatywne cechy. W rezultacie postrzegają innych, jako przeciwników, którzy żywią wobec nich złe intencje. Taka

percepcja prowadzi do zwiększonego poziomu stresu i manifestacji emocji, takich jak złość, zazdrość, pogarda i niecierpliwość (Sobolewska-Mellibruda, 2000).

Ponadto, dorosłe dzieci alkoholików często godzą się na złe traktowanie i wykazują poczucie bezradności w obliczu krzywdy. Mają tendencję do wiary we własną bezbronność i nieistotność, czując potrzebę racjonalizowania działań tych, którzy ich krzywdzą. Wmawiają sobie, że zasługują na złe traktowanie i nie mają prawa się bronić.

Dorosłe dzieci alkoholików często wykazują wzorzec zachowań charakteryzujący się przyjmowaniem nadmiernej odpowiedzialności za szkodliwe działania i obwinianiem się za trudności w związkach. Tendencja ta wynika z ich wychowania, w którym stale skupiano się na dobru i komforcie uzależnionego i nieuzależnionego rodzica.

W rezultacie często przedkładają potrzeby innych nad własne pragnienia, co prowadzi do dysfunkcyjnej dynamiki w związkach intymnych. Kiedy starają się nadać priorytet dbaniu o siebie, pojawia się poczucie winy. Mają silną potrzebę akceptacji, pochwał i uwagi ze strony innych, co zapewnia im poczucie bezpieczeństwa. Ich samoocena zależy od zewnętrznej walidacji. W związku z tym postrzegają siebie, jako osoby zależne, które wymagają zewnętrznego wsparcia w codziennym życiu. Ta dynamika sprzyja rozwojowi relacji symbiotycznych.

Obserwuje się, że osoby wychowujące się z rodzicami alkoholikami często wykazują tendencję do manipulowania i wykorzystywania innych, traktując ich jedynie przedmiotowo. Zachowanie to wynika z przekonania, że w zaspokajaniu swoich potrzeb musi polegać na innych i że ma prawo do tego, czego od innych pragnie (Sobolewska-Mellibruda, 2000).

Dorosłe dzieci alkoholików często wycofują się z relacji interpersonalnych z powodu nadmiernej obawy przed odrzuceniem, co ostatecznie prowadzi do samoodrzczenia. Mają głęboko zakorzenione poczucie niższości i przekonanie, że inni szybko to dostrzegą, gdy się zbliżą (Sobolewska-Mellibruda, 2000).

Woititz (2000) szczegółowo opisuje strach przed odrzuceniem w swojej publikacji. Podkreśla, że strach przed porzuceniem, jakiego doświadczają dzieci alkoholików, jest intensywny i odrębny od lęku przed odrzuceniem. Wydaje się, że dorosłe dzieci alkoholików potrafią znieść odrzucenie i pogodzić się z nim. Na nasilenie lęku przed porzuceniem duży wpływ mają doświadczenia z dzieciństwa.

W rodzinach alkoholowych charakterystyczna jest potrzeba dominacji i kontroli, szczególnie nad osobą uzależnioną, gdyż zapewnia to poczucie bezpieczeństwa żonie i dzieciom (Zalas, 2011). W rezultacie dzieci alkoholików często przyjmują dominującą

postawę wobec innych, aby uniknąć postrzeganej utraty kontroli. To dominujące zachowanie objawia się tendencją do zmniejszania lęku poprzez kontrolę i reagowania złością, gdy inni wymykają się spod kontroli. W związkach osoby z tym wzorcem mogą wykazywać zachowania nadopiekuńcze, kontrolujące i dominujące, często zachowując dystans (Sobolewska-Mellibruda, 2000).

Ponadto, dorosłe dzieci alkoholików mogą wykazywać ambiwalentne relacje i sprzeczne postawy wobec innych. DDA często wykazują wobec siebie sprzeczne oczekiwania, angażując się zarówno w zachowania agresywne, jak i uległe. Ich ekspresję emocjonalną charakteryzuje ambiwalencja i zamęt, gdy starają się znaleźć swoje miejsce wśród innych. Osoby te doświadczają ciągłego cyklu rozczarowań i nadziei, próbując się pogodzić i wycofać z relacji. Ten emocjonalny rollercoaster charakteryzuje się wyraźną dychotomią, obejmującą miłość i nienawiść, strach i złość oraz poczucie niesprawiedliwości i winy (Sobolewska-Mellibruda, 2000).

Oprócz wspomnianych wyżej wyzwań, dorosłe dzieci alkoholików borykają się także z trudnościami w relacjach intymnych, które wynikają z ich wychowania. Jednym z takich wyzwań jest strach przed utratą własnego poczucia siebie, ponieważ często mają trudności z rozwinięciem wyraźnej tożsamości w dzieciństwie i okresie dojrzewania, co prowadzi do ciągłych problemów z tożsamością w wieku dorosłym.

Według Woititza (2000) osoby wychowujące się w rodzinach dotkniętych alkoholizmem często musiały przejmować rolę rodzica ze względu na brak opieki ze strony własnych rodziców. W rezultacie mieli trudności z ustaleniem własnej tożsamości i stale byli podatni na wpływy zewnętrzne. Ten brak solidnego poczucia siebie stwarza wyzwania dla dorosłych dzieci alkoholików, jeśli chodzi o autorefleksję i podejmowanie decyzji. Pojawia się obawa, że w bliskich związkach ich własne poglądy i opinie zostaną przyćmione, co doprowadzi do utraty własnej tożsamości.

Ponadto, osoby z rodzin alkoholowych często odczuwają głęboko zakorzenioną obawę przed zdemaskowaniem. Żyją w stanie ciągłego napięcia, obawiając się, że jeśli ktoś naprawdę zobaczy, kim są, zostaną odrzuceni i porzuceni. Dorosłe dzieci alkoholików często kształtują własne ideały dotyczące tego, jak powinna zachowywać się idealna osoba, i starają się dostosować do tych ideałów, co utrudnia im wyrażanie prawdziwego siebie w bliskich związkach (Woititz, 2000).

Dodatkowo, mogą odczuwać głęboki strach przed porzuceniem, wynikający z traumy odrzucenia przez rodziców. To odrzucenie pozostawia trwały ślad, powodując, że czują się niegodni miłości i wierzą, że ich wysiłki, aby być kochanymi, zawsze będą daremne. Ból

poczucia bycia niechcianym nawet przez własnych rodziców może prowadzić do poczucia beznadziei. Co więcej, kiedy dorosłe dzieci alkoholików wchodzą w intymne relacje, bardzo szybko i intensywnie przywiązują się do siebie emocjonalnie. Ta silna więź emocjonalna może utrzymywać się przez cały związek, nawet po minięciu początkowej fazy zauroczenia (Woititz, 2000).

Dorosłe dzieci alkoholików stoją przed wyzwaniem, jakim jest zrozumienie znaczenia utrzymywania zdrowej i pełnej szacunku relacji intymnej relacja. Wychowanie wpoilo im przekonanie, że utrzymywanie bliskości wymaga kontrolowania partnera i wywoływania poczucia winy, gdy jego oczekiwania nie zostaną spełnione. Dodatkowo, zmagają się z pojęciem wrażliwości, obawiając się, że spowoduje to utratę kontroli nad własnym życiem i poczucie bezsilności. Wyrażanie złości również jest dla nich trudne, ponieważ nauczyli się tłumić swoje emocje, co prowadzi do uczucia depresji. Te stłumione emocje mogą ostatecznie przekształcić się w przytłaczającą wściekłość, jeśli nie zostaną odpowiednio rozwiązane.

Według Woititza (2000) u dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholowych rozwija się lęk przed złością wynikającą z niepewności własnych możliwości pod jej wpływem. Strach ten często prowadzi do poczucia winy i wstydu, powodując, że nieświadomie szukają relacji, w których mogą wziąć na siebie nadmierną odpowiedzialność. Związków tych trzymają się mocno ze strachu przed utratą partnera, ale takie zachowanie ostatecznie odpycha drugą osobę, co potwierdza najgorsze obawy DDA. Niestety, ponieważ rzadko mówią o uczuciach, szanse na pomyślne rozwiązanie tych problemów są nikłe.

Dodatkowo, zaufanie jest poważnym problemem w przypadku dorosłych dzieci alkoholików, ponieważ zaufanie w ich domu rodzinnym często było nadszarpięte. Przynęśli sobie zasadę „nie ufaj” i nauczyli się nie polegać na innych, wiedząc, że zaufanie czyni ich bardziej podatnymi na zranienie. Chociaż taki mechanizm ochronny służy celowi, utrudnia im także tworzenie bliskich i intymnych relacji (Woititz, 2000).

Zaufanie jest niezbędnym elementem funkcjonowania i rozwoju relacji. Budowanie zaufania wymaga jednak oduczenia się negatywnych reakcji i emocji, często sięgających doświadczeń z wczesnego dzieciństwa. W rodzinach dotkniętych alkoholizmem granice pomiędzy sferami psychicznymi jednostki są często chaotyczne i niejasne (Głuszek-Osuch, 2006). Członkowie takich rodzin krążą wokół alkoholika, nieustannie się martwiąc, myśląc i planując dla niego. W rezultacie dorosłe dzieci alkoholików mają trudności z szanowaniem granic zarówno swoich, jak i innych. Stoją przed wyzwaniami związanymi ze zrozumieniem intymności i rozpoznaniem, kiedy doszło do naruszenia granic prywatności (Woititz, 2000).

Osoby te nauczyły się z doświadczenia, że posiadanie oczekiwań wobec bliskich często prowadzi do rozczarowania, smutku i złości. Rozmowa o swoich potrzebach i pragnieniach może być wyzwaniem dla dorosłych dzieci alkoholików, ponieważ często polegają na swoim partnerze, aby rozszyfrować ich priorytety. Niechęć ta wynika z niepewności, co do własnej wartości (Woititz, 2000). Tego rodzaju bariera komunikacyjna prowadzi do nieporozumień i konfliktów.

Potrzeba kontroli jest istotnym czynnikiem zarówno w ogólnym funkcjonowaniu systemu alkoholowego, jak i poszczególnych jego członków. Dzieci wychowujące się pod okiem rodzica alkoholika, którego zachowanie staje się coraz bardziej nieobliczalne, obsesyjnie dążą do utrzymania kontroli nad alkoholikiem (Włodarczyk, 2016). Z kolei w związkach intymnych dorosłe dzieci alkoholików wierzą, że jeśli stracą kontrolę nad jakimkolwiek aspektem związku, w tym nad partnerem, związek ten się rozpadnie (Woititz, 2000).

Takie zachowanie utrudnia autorefleksję, ekspresję emocjonalną i rozwój głębszych więzi. Lojalność jest dominującą cechą dorosłych dzieci alkoholików w ich intymnych związkach. Istotne jest jednak, aby owa lojalność opierała się na wspólnych zasadach. Dzięki temu obie osoby zaangażowane w związek doskonale rozumieją, czego mogą się od siebie spodziewać i w jaki sposób mogą przyczynić się do jego sukcesu.

Dorosłe dzieci alkoholików często wykazują nadmierną lojalność, nawet wobec tych, którzy wyrządzają im krzywdę. Według Woititz (2000), jeśli problemów w związku nie da się rozwiązać, dalsze oszukiwanie samego siebie, że wszystko da się naprawić, jest daremne. Ten sposób myślenia jest powtórzeniem dziecięcych fantazji, że życie byłoby idealne, gdyby zostały spełnione pewne warunki, co ostatecznie nigdy się nie spełniło. Ta sama zasada obowiązuje w wieku dorosłym.

Dodatkowo, osoby wychowane w rodzinach alkoholowych wymagają uznania i docenienia swoich emocji. Aby to osiągnąć, muszą otworzyć się na innych, wyrazić swoje uczucia i omówić swoje doświadczenia. Może to jednak być dla nich wyzwaniem, ponieważ często mają trudności z identyfikacją własnych emocji oraz pragnień i boją się odrzucenia podczas omawiania tych kwestii.

Dorosłe dzieci alkoholików często mają trudności z uznaniem znaczenia emocji partnera. Jednakże niezwykle istotne jest zrozumienie, że uznanie nie jest równoznaczne ze zgodą; oznacza raczej szacunek zarówno dla różnic, jak i podobieństw. To uznanie stanowi podstawę skutecznej i ciągłej komunikacji. Bez uznania znaczenia emocji komunikacja staje się jedynie sprawdzianem sił (Woititz, 2000).

Zarówno Woititz, jak i Sobolewska-Mellibruda (2000) podkreślają, że przeszłe doświadczenia kształtują ich obecne podejście do partnerstwa, wpływając na ich dobre samopoczucie w związku, zdolności komunikacyjne i lęki, z którymi się borykają.

Temat doświadczeń seksualnych dorosłych dzieci alkoholików jest rzadko poruszany, pomimo jego istotnego wpływu na bliskie relacje. Seksualność obejmuje szereg doznań i spotkań związanych z zaspokajaniem potrzeb seksualnych.

Jest to złożona kombinacja indywidualnych czynników biopsychospołecznych, które kształtują wyjątkową podróż seksualną danej osoby. Na różnych etapach rozwoju płciowego objawia się charakterystycznymi dla wieku objawami i fazami rozwojowymi (Waszyńska, 2010).

W rodzinach alkoholowych dążenie do intymności, w tym intymności seksualnej między małżonkami, jest często postrzegane, jako lekarstwo na wyzwania, przed którymi stają. Związki intymne mogą być wykorzystywane, jako sposób rozwiązywania konfliktów lub jako oczekiwany obowiązek żony wobec męża, symbolizujący bliskość emocjonalną.

W rezultacie dorosłe dzieci alkoholików mogą nie mieć jasnego zrozumienia, na czym polega prawdziwa intymność i mogą podchodzić do stosunku płciowego w sposób czysto instrumentalny.

W swoich badaniach doświadczeń seksualnych dorosłych wychowujących się w rodzinach dotkniętych alkoholizmem Filipiak i Waszyńska odkryły istotne różnice w ich funkcjonowaniu seksualnym w porównaniu z osobami ze środowisk niealkoholowych. Dorosłe dzieci alkoholików mają tendencję do bardziej negatywnego spojrzenia na seksualność, często kojarząc własne doświadczenia seksualne z nieprzyjemnymi emocjami, takimi jak wstyd, strach, niepokój i strach przed odrzuceniem przez partnera.

To negatywne podejście rozciąga się na ich ogólny pogląd na własną seksualność. Częściej angażują się w krótkotrwałe relacje intymne i mają trudności z utrzymaniem długotrwałych związków partnerskich. Choć wszyscy uczestnicy z grupy kontrolnej podjęli aktywność seksualną, to około jedna trzecia dorosłych dzieci alkoholików nigdy nie podjęła intymnego współżycia z partnerem. W przypadku osób, które podejmowały aktywność seksualną, była ona rzadsza i rzadziej doświadczały orgazmu.

Co więcej, ich niska samoocena odgrywa znaczącą rolę w ich doświadczeniach seksualnych. W kontekście relacji intymnych dorosłe dzieci alkoholików często stają przed wyzwaniami, które nie są tak powszechne w grupie kontrolnej. Wyzwania te obejmują przekonanie, że nie są w stanie zaspokoić seksualnie partnera, a także trudności

w osiągnięciu podniecenia, erekcji, wytrysku, satysfakcji seksualnej oraz odczuwaniu bólu podczas stosunku.

Trudności te wynikają z ich doświadczeń w domach rodzinnych, w szczególności z braku bliskości w relacjach z rodzicami i braku konstruktywnych modeli komunikacji. Dorastanie w takim środowisku prowadzi także do lekceważenia wagi własnych emocji i trudności.

W związku z tym ich problemy w związkach intymnych krążą przede wszystkim wokół indywidualnych zmagania, do których zalicza się ograniczona umiejętność rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i potrzeb oraz tendencja do sprawowania kontroli ze strachu przed odrzuceniem. Czynniki te znacząco wpływają, na jakość ich relacji intymnych.

Należy pamiętać, że związek jest zawsze połączeniem dwojga ludzi, dlatego też wspomniane wyzwania mogą zostać zintensyfikowane lub zminimalizowane przez osobowość partnera, styl funkcjonowania i trudności osobiste. Zatem bycie dorosłym dzieckiem alkoholika niekoniecznie oznacza, że jest mu pisane nieudane związki intymne. Utrzymywanie satysfakcjonującego związku jest możliwe, ale często wymaga samoświadomości i rozwoju osobistego.

Hazan i Shaver, jak podaje Juroszek (2012) wnieśli znaczący wkład w nasze zrozumienie dynamiki i problemów występujących w związkach intymnych, postrzegając miłość romantyczną, jako proces przywiązania. Podkreślili, że między partnerami istnieją podobne mechanizmy, jakie obserwujemy w więzi niemowlęcia z opiekunem. Badacze ci zaobserwowali, że na dynamikę emocjonalną i behawioralną zarówno w relacjach dziecko-dorosły, jak i w relacjach romantycznych dorosły wpływa ten sam system biologiczny (Liberska i Suwalska, 2011).

Kiedy dorośli wybierają partnera, może wpływać na nich podobieństwo między specyficzną dynamiką związku a przywiązaniem, jakie łączyło ich z głównym opiekunem we wczesnym dzieciństwie. Warto zauważyć, że nie wszyscy badacze zgadzają się z tą perspektywą.

Osoby bezpiecznie przywiązane w związkach intymnych odnajdują spełnienie w bliskości emocjonalnej ze swoim partnerem i akceptują jego działania, które mają na celu utrzymanie i wzmocnienie tej bliskości. Odczuwają satysfakcję w bliskich związkach i mają pewność, co do wierności partnera, co pozwala mu ufać partnerowi.

Według Liberskiej i Suwalskiej (2011) osoby o bezpiecznym przywiązaniu szanują granice swojej relacji i wykazują chęć wzajemnego wspierania się. Ich komunikacja opiera się na otwartości, wzajemnym zaufaniu i wierze, że zostaną wysłuchani (Plopa, 2008).

Z drugiej strony osoby z przywiązaniem unikającym mają trudności ze znalezieniem satysfakcji w bliskości ze swoim partnerem, a pełne zaufanie im jest trudne. Kiedy ktoś wyraża pragnienie bliskości, często budzi to strach i opór u osób przywiązanych unikająco (Liberska i Suwalska, 2011).

Osoby te czują się zdenerwowane i zawstydzone, gdy ich partner szuka bliskości i wolą ustalić jasne granice w związku. W przypadku przekroczenia tych granic następuje ich rozdrażnienie (Plopa, 2008). Osoby przywiązane lękowo-ambiwalentnie często wątpią w zdolność swojego partnera do angażowania się w bliskie relacje, co prowadzi do dyskomfortu psychicznego. Dodatkowo, odczuwają niepokój o trwałość związku i strach przed utratą partnera. Wśród jednostek panuje powszechna obawa, że mogą nie być wystarczająco atrakcyjne dla swoich bliskich partnerów, co prowadzi do obawy, że ich partnerzy będą poszukiwać intymnych relacji z innymi (Liberska i Suwalska, 2011).

Dodatkowo, uczucie niepokoju może się nasilić, gdy partnerzy nie spełniają oczekiwań, takich jak brak wrażliwości, otwartości, wsparcia lub wzajemności emocji. Obawy te, choć nie zawsze racjonalne, często wynikają z obniżonego poczucia bezpieczeństwa i zwiększonej wrażliwości na relację ja-partner (Plopa, 2008).

Matki dzieci, których ojcowie są alkoholikami, często stają przed wyzwaniem związanym z ustanowieniem bezpiecznego stylu przywiązania ze swoimi dziećmi ze względu na ograniczone warunki, możliwości i zasoby. W badaniu przeprowadzonym przez Juroszek i Zglińską, do których nawiązuje Plopa (2008) stwierdzono, że dorosłe dzieci alkoholików (DDA) osiągają wyższe wyniki w skali unikającego stylu przywiązania w porównaniu z osobami z rodzin niealkoholowych. Wyniki wykazały istotną różnicę między grupą DDA, a grupą kontrolną, przy wartości t wynoszącej 3,75 i wartości p mniejszej niż 0,001. Ten sam wzór zaobserwowano w przypadku lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania.

Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy DDA a osobami z grupy kontrolnej w zakresie bezpiecznego stylu przywiązania. Sugeruje to, że obie grupy czują się równie bezpiecznie w bliskich związkach. Autorzy spekulują, że może to wynikać z udziału DDA w terapii (Plopa, 2008).

Inne badanie przeprowadzone przez Bobkowicz-Lewartowską dotyczyło funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w związkach partnerskich. Na podstawie swoich ustaleń autorka zidentyfikowała trzy odrębne typy jednostek charakteryzujące się odmiennymi doświadczeniami miłości. Według badaczki pierwsza grupa osób wykazała się niezwykle wysokim poziomem zaangażowania, entuzjazmu i bliskości w swoich związkach. Osoby

te były w stanie kultywować wszechstronną więź, w której wszystkie trzy aspekty miłości – pasja, intymność i zaangażowanie – współistniały w równym stopniu. Z drugiej strony druga grupa wykazywała silną intymność, ale brakowało jej pasji, podczas gdy trzecia grupa wykazywała niski poziom zaangażowania, pasji i intymności.

Autorka zbadła także poziom satysfakcji dorosłych dzieci alkoholików ze swoich związków. Wyniki wykazały, że trzecia grupa, charakteryzująca się niskim zaangażowaniem, odczuwała najmniej satysfakcji i miała więcej wad niż korzyści w utrzymywaniu relacji intymnych. Choć badaczka nie zagłębiała się w styl przywiązania dorosłych dzieci alkoholików i nie stosowała narzędzi do jego określenia, podkreśla, że w tej grupie rzeczywiście możliwe są głębokie powiązania emocjonalne.

Ustalenia autorki sugerują, że opisywana grupa osób jest zróżnicowana, co obejmuje różnice, w jakości ich relacji intymnych. Nie neguje to jednak możliwości, że doświadczenia z domów rodzinnych mogą sprawić, że nawiązanie i utrzymanie zdrowych relacji intymnych będzie dla nich większym wyzwaniem (Plopa, 2008).

Skrętowska (2012) podkreśla, że DDA często mają trudności z utrzymaniem w swoim życiu poczucia spokojnej bliskości, partnerstwa ze strachu porzucenia. W rezultacie mogą trzymać partnerów na dystans i nieświadomie angażować się w zachowania sabotujące związek, a wszystko po to, aby zachować poczucie kontroli i uniknąć opuszczenia.

Ta trudność w konstruktywnym wyrażaniu emocji i potrzeb, połączona z obawą przed utratą własnej tożsamości, prowadzi do niestabilności związków i większej liczby rozwodów w porównaniu do osób z rodzin niealkoholowych. Ponadto, DDA często wahają się przed posiadaniem dzieci w obawie, że niechcący wyrządzą im krzywdę (Kałęcka i in., 2006).

Podsumowując, osoby, które dorastały w rodzinach z rodzicami alkoholikami, często w dorosłym życiu szukają partnerów, którzy odzwierciedlają wzorce, których nauczyli się ze środowiska rodzinnego. Istnieje jednak inna grupa ludzi, którym pomimo trudnych okoliczności udało się w dorosłym życiu nawiązać zdrowe i satysfakcjonujące relacje ze swoimi partnerami płci przeciwnej, tworząc poczucie szczęścia i bezpieczeństwa.

Sugeruje to, że pewne czynniki wpływające w dzieciństwie i okresie dojrzewania znacząco wpłynęły na ich dalszy rozwój i jakość ich relacji. Warto zaznaczyć, że część dorosłych dzieci alkoholików jest w stanie funkcjonować w społeczeństwie bez żadnej pomocy, osiągając sukcesy w różnych aspektach swojego życia.

Literatura poświęcona tej tematyce koncentruje się obecnie bardziej na procesie odporności i czynnikach ochronnych, które się na niego przyczyniają. Czynniki te pośrednio

wspierają pozytywne funkcjonowanie omawianej przez mnie grupy oraz zapewniają pomoc w jej rozwoju i realizacji określonych zadań rozwojowych.

Cermak i Rutzky (1996) podkreślają znaczenie zasobów osobistych, jakie posiadają dorośli dzieci alkoholików, ponieważ zasoby te w ogromnym stopniu wpływają na ich zdolność do radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami. W przeszłości skupiano się na dorosłych dzieciach alkoholików przede wszystkim na ich trudnościach i wyzwaniach, często zaniedbując uwzględnienie dostępnych im zasobów. Jednak obecnie w literaturze coraz częściej pojawia się dyskusja na temat ich skutecznego radzenia sobie w różnych obszarach życia, pomimo dorastania w niesprzyjających warunkach i narażenia na liczne czynniki ryzyka.

Zaobserwowano, że dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, w tym z rodzin alkoholowych, doświadczające chronicznego stresu, dobrze radzą sobie, a nawet wyróżniają się w różnych aspektach swojego życia. Anthony porównał osoby wychowane w dysfunkcyjnych środowiskach rodzinnych do trzech typów lalek: delikatnych lalek szklanych, lalek ze sprężystego plastiku i niezwykle odpornych lalek żelaznych. Porównanie to podkreśla zróżnicowany poziom bezbronności i odporności tych osób (Gąsior, 2012).

Z biegiem czasu pojawiło się coraz większe zainteresowanie zrozumieniem czynników, które przyczyniają się do pozytywnej adaptacji dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, pomimo trudnych warunków, w jakich się znajdują. Zjawisko to, zwane rezyliencją, polega na umiejętności dobrego przystosowania się w obliczu znaczących przeciwności losu (Grzegorzewska, 2011). Odporność stała się kluczową koncepcją pozwalającą zrozumieć, w jaki sposób osoby, które doświadczyły niekorzystnych doświadczeń i traum z dzieciństwa, mogą nadal skutecznie funkcjonować.

Początkowe badania nad odpornością psychiczną można przypisać Garmezy'emu, Wernerowi i Smithowi, którzy przeprowadzili analizy empiryczne na grupie 200 dzieci w USA. Śledząc ich rozwój, odkryto, że większość tych dzieci, mimo dorastania w niesprzyjających warunkach, wykazywała się prawidłowym funkcjonowaniem i zdrowym trybem życia (Grzegorzewska, 2013).

Badacze podkreślali znaczenie pozytywnych relacji interpersonalnych w rozwoju dziecka, twierdząc, że mają one większy wpływ na wynik końcowy niż czynniki ryzyka, które mogą na nie wpływać. Odporność psychiczna, jak opisuje Grzegorzewska, jest procesem złożonym, polegającym na radzeniu sobie z niesprzyjającymi warunkami i osiąganiu pozytywnej adaptacji. Na proces ten składa się połączenie czynników

indywidualnych, rodzinnych i pozarodzinnych, które pełnią rolę oddziaływań ochronnych, łagodzących negatywny wpływ czynników ryzyka.

Garmezy proponuje trzy hipotetyczne modele ilustrujące interakcję pomiędzy tymi dwiema grupami czynników. Pierwszy model, zwany modelem równoważenia ryzyka, sugeruje, że czynniki ochronne bezpośrednio wpływają na zachowanie i kompensują negatywne skutki czynników ryzyka lub skracają czas narażenia dziecka na nie.

Na przykład dziecko dorastające w rodzinie alkoholowej może doświadczać ciągłego stresu, który może prowadzić do problemów behawioralnych. Zmienić to może obecność w jego życiu znaczącej osoby dorosłej, na co wpływa funkcjonowanie środowiska rodzinnego (Junik, 2012; Grzegorzewska, 2013).

Model redukcji ryzyka sugeruje, że czynniki ochronne mogą osłabiać skutki czynników ryzyka poprzez wzajemne powiązanie. Zmniejsza to negatywną reakcję łańcuchową, która pojawia się po doświadczeniu niekorzystnych wydarzeń życiowych. Przykładowo wsparcie rodziców w okresie dojrzewania może złagodzić negatywny wpływ nieprzystosowanej grupy rówieśniczej na jednostkę (Junik, 2012; Grzegorzewska, 2013).

Model uodporniania na ryzyko zakłada, że narażenie na umiarkowany poziom czynników ryzyka może uodpornić człowieka, czyniąc go odpornym na ich szkodliwe skutki i lepiej przygotowanym na przyszłe wyzwania (Gąsior, 2012; Grzegorzewska, 2013).

W zakresie odporności psychicznej, czynniki ochronne odgrywają kluczową rolę w promowaniu pozytywnej adaptacji pomimo niesprzyjających warunków środowiskowych. Początkowo skupiano się przede wszystkim na cechach osobowości. Juczyński i Ogińska-Bulik (2010) przeprowadzili obszerny przegląd na temat czynników ochronnych sprzyjających zdrowiu, skupiając się na cechach osobowości. Czynniki te, które nazywają „zasobami lub potencjałami zdrowia”, obejmują poczucie koherencji, optymizm życiowy, samoocenę, umiejscowienie kontroli zdrowia i poczucie skuteczności.

W celu dokonania ogólnej kategoryzacji, czynniki chroniące można pogrupować w trzy kategorie: czynniki indywidualne, zasoby rodzinne i zasoby środowiska lokalnego (Gąsior, 2012). Czynniki indywidualne obejmują: cechy osobowości, umiejętności społeczne, pozytywny temperament, zdolności poznawcze i procesy motywacyjne. Zasoby rodzinne obejmują relacje rodzic-dziecko, strukturę rodziny, role rodzinne, zasady i rytuały. Wreszcie zasoby środowiska lokalnego obejmują: konstruktywnych rówieśników, dobrą szkołę, przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo oraz obecność przyjaznych i kompetentnych dorosłych. Te różne obszary i elementy czynników ochronnych odgrywają kluczową rolę

w życiu człowieka, szczególnie, gdy jest on narażony na istotne czynniki ryzyka (Peterson i in., 2001).

Początkowo skupiano się przede wszystkim na pozytywnych aspektach osobowości i środowiska, które, jak uważano, przyczyniają się do zdrowia i dobrego samopoczucia. Dopiero później zaczęto badać, w jaki sposób czynniki te mogłyby zostać wykorzystane w modelach i badaniach empirycznych dotyczących radzenia sobie ze stresem traumatycznym i stresem codziennym (Cierpiałkowska, 2007).

Benard, do którego odwołuje się Gąsior (2012) podzielił cechy dzieci odpornych na cztery główne kategorie w oparciu o różne koncepcje i badania empiryczne. Pierwszą kategorią są kompetencje społeczne, które obejmują umiejętności, cechy i postawy niezbędne do nawiązywania pozytywnych i znaczących relacji z innymi. Do najważniejszych kompetencji społecznych zalicza się responsywność, która obejmuje wrażliwość i zdolność dostosowywania się w relacjach międzyludzkich, a także zdolność wywoływania pozytywnych reakcji od innych. Cecha ta jest szczególnie istotna w okresie dzieciństwa, kiedy dzieci narażone są na działanie wielu czynników ryzyka. Zdolność jednoczenia jednostek umożliwia nawiązywanie kontaktów poza kręgiem rodzinnym, zwiększając w ten sposób prawdopodobieństwo spotkania wspierającej osoby dorosłej.

Umiejętności skutecznej komunikacji, w tym konstruktywnego rozwiązywania konfliktów, dochodzenia swoich praw i dochodzenia do kompromisów, są niezbędne do nawiązywania kontaktów międzyludzkich (Cierpiałkowska, 2007).

Empatia i troska odgrywają kluczową rolę w zrozumieniu i empatii wobec innych, szczególnie u osób wykazujących odporność. Cechy te ułatwiają tworzenie powiązań oraz sprzyjają rozwojowi wartości moralnych i altruizmu. Współczucie, altruizm i umiejętność wybaczenia sobie i innym są podstawą łagodzenia cierpienia innych. Współczucie można określić, jako „empatię w działaniu”, które motywuje jednostkę do pomagania innym, przy czym altruizm jest uznawany za najwyższą formę kompetencji społecznej (Gąsior, 2012).

Gąsior (2012) uważa, że planowanie jest ściśle powiązane z umiejętnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach i zachowywaniem samokontroli, zaś umiejętności adaptacji i wszechstronności są kluczowe w rozpoznawaniu i skutecznym wdrażaniu różnych alternatywnych rozwiązań. Przedsiębiorczość obejmuje pomysłowość i zaradność, pozwalającą na adaptację poprzez wykorzystanie różnorodnych zasobów. Duże znaczenie ma umiejętność wykorzystania wsparcia środowiskowego w sytuacjach trudnych i krytycznych.

Zdolność do krytycznego myślenia i refleksji odgrywa kluczową rolę w procesach poznawczych, często uważanych za ich wyższą formę, umożliwiającą głębsze zrozumienie ukrytego znaczenia zachowań, sytuacji i zdarzeń. Jednocześnie refleksyjność, będąca cechą krytycznego myślenia, ułatwia głębokie zrozumienie funkcjonowania indywidualnego, psychologicznego i społecznego. Ponadto, wzmacnia zdolność jednostki do postrzegania przeciwności losu w sposób zapobiegający bycia ofiarą i otwiera nowe możliwości rozwoju osobistego. Zaś autonomia, cecha wieloaspektowa, obejmuje kluczową zdolność dziecka do ustanawiania dystansu emocjonalnego od chorego rodzica (Benard, 2004, Gąsior, 2012).

Autonomia obejmuje zarówno niezależne działanie, jak i samokontrolę, na którą wpływa kilka kluczowych czynników. Po pierwsze, stabilna i pozytywna tożsamość własna stanowi podstawę autonomii. Dodatkowo, posiadanie wewnętrznego umiejscowienia kontroli i przejmowanie inicjatywy we własnym życiu i świecie zewnętrznym znacząco wpływa na odporność i zdolność radzenia sobie ze stresem. Kluczowa jest także wiara we własną skuteczność, czyli przekonanie, że ma się realny wpływ na swoje życie. Dystans od nie przystosowawczych komunikatów rodzinnych, szczególnie w rodzinach alkoholowych, gdzie negatywne opinie często przeważają nad pozytywnymi, odgrywa znaczącą rolę w autonomii. Wreszcie samoświadomość i roztropność w zakresie własnego funkcjonowania, emocji i problemów pozwalają na głębsze zrozumienie ludzkich zachowań i indywidualnych potrzeb w rozwoju osobistym (Daněk i in., 2024).

Poczucie humoru i autoironii jest kluczowe, ponieważ pozwala ludziom złagodzić napięcie emocjonalne i zyskać perspektywę na swoje problemy. Ten alternatywny punkt widzenia może odegrać kluczową rolę w radzeniu sobie z różnymi kwestiami. Znalezienie celu i sensu w życiu jest istotnym predyktorem zdolności jednostki do dobrej adaptacji i dostosowania. W tym posiadanie orientacji na cel i motywacji do osiągnięcia jest niezbędne w łagodzeniu wpływu czynników ryzyka. Służy, jako silny czynnik ochronny, kierując uwagę na przyszłe osiągnięcia, zmniejszając nacisk na bieżące problemy. Rozwijanie specjalnych zainteresowań oraz pielęgnowanie twórczej wyobraźni i kreatywności może sprawić dzieciom ogromną radość. To odwrócenie uwagi pozwala im odwrócić uwagę od trudności w domu i skupić się na innych aspektach życia. Utrzymywanie nadziei i optymizmu jest niezbędne, aby móc stawić czoła obecnym wyzwaniom. Trzymając się nadziei na lepszą przyszłość, ludzie mogą lepiej radzić sobie w trudnych i stresujących sytuacjach. Optymizm z kolei zwiększa odporność na przeciwności losu (Daněk i in., 2024).

Zgłębianie wiary, duchowości i poszukiwanie sensu życia zapewnia głębsze zrozumienie zawłości egzystencji. Umożliwia także odnalezienie głębokiego znaczenia i celu w trudnych doświadczeniach, złu i cierpieniu (Gąsior, 2012).

E. Werner przeprowadziła badania dotyczące odporności dorosłych dzieci alkoholików, dzieląc uczestników na dwie grupy: te, których matki alkoholiczki i te, które mają ojców alkoholików. Wyniki wykazały, że potomstwo matek alkoholików wykazywało wyższy wskaźnik problemów adaptacyjnych i psychopatologicznych w porównaniu z dziećmi ojców alkoholików. Natomiast te dzieci, które do osiemnastego roku życia nie wykazywały żadnych istotnych problemów zdrowotnych, wykazywały się niezwykle umiejętnościami społecznymi, spokojnym temperamentem, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli i wysoką samooceną (Werner, 1986).

Dodatkowe badania, które przytacza Gąsior (2012), dotyczące odporności dzieci alkoholików przeprowadzili Carle, Chassin i Shannon. Badania te skupiały się także na obszarze noodynamiki, która bada ochronne aspekty istnienia, a także profilaktykę i psychoterapię, jako czynniki mogące chronić jednostki w ramach tej specyficznej grupy.

Naukowcy przeprowadzili badanie, w którym porównali osoby pochodzące z rodzin dotkniętych alkoholizmem z osobami z gospodarstw niealkoholowych. Co ciekawe, odkryli, że poziom umiejętności społecznych nie różnił się znacząco pomiędzy obiema grupami. Natomiast osoby, których rodzice byli alkoholikami, charakteryzowały się niższym poziomem kompetencji. To przełomowe badanie pozwoliło na wyodrębnienie w obrębie kategorii rodziny alkoholowej podgrupy zwanej „dziećmi opornymi”. Osoby te wykazały się wyjątkowymi kompetencjami w takich obszarach, jak kontrola zachowania, wyniki w nauce i przestrzeganie norm społecznych (Gąsior, 2012).

W badaniu wykazano także, że jednym z czynników chroniących odporność dzieci osób uzależnionych od alkoholu jest aktywny udział uzależnionego rodzica w leczeniu. W Polsce Grzegorzewska (2011) przeprowadziła badania mające na celu zbadanie różnic w realizacji zadań rozwojowych wśród dzieci i młodzieży w zależności od tego, czy ich uzależniony rodzic zgłaszał się na leczenie, czy nie.

Według autorki istnieją dowody sugerujące, że dzieci ojców poddanych leczeniu wykazują poprawę w takich obszarach, jak relacje rówieśnicze i planowanie przyszłości. Wskazuje na to brak istotnych różnic pomiędzy tą grupą a grupą kontrolną, natomiast istotne różnice istnieją pomiędzy grupą kontrolną a grupą dzieci, których ojcowie nie są poddawani leczeniu (Grzegorzewska, 2011).

Cierpiałkowska (2010) przeprowadziła badania dotyczące realizacji zadań rozwojowych i czynników ją warunkujących na zmienność w tych zadaniach wśród dorosłych dzieci alkoholików. Próba badawcza obejmowała osoby korzystające z psychoterapii, stanowiąc 45% próby. Badaczka doszła do wniosku, że badana grupa wykazywała znaczną heterogeniczność pod względem podejścia do zadań rozwojowych oraz zdolności do internalizacji i eksternalizacji problemów. Wyniki ujawniły ujemną korelację pomiędzy zmiennością w realizacji zadań, poziomem wsparcia ze strony nauczyciela oraz poziomem depresji. Zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy wsparciem rówieśniczym, zachęcaniem do celowej aktywności w szkole a poziomem lęku. Cierpiałkowska (2010) podkreśliła znaczenie wsparcia ze strony rówieśników i rodziny, jako czynników ochronnych w okresie dorastania.

Badania nad odpornością dorosłych dzieci alkoholików zidentyfikowały kilka czynników ochronnych, które przyczyniają się do pozytywnej adaptacji w tej populacji. Junik przeprowadziła badanie w ośrodkach socjoterapeutycznych, które wskazała na specyficzne czynniki ochronne, na które należy zwracać uwagę w pracy z dziećmi i młodzieżą z rodzin alkoholowych. Autorka podkreśliła znaczenie budowania silnych więzi między wychowawcami, a dziećmi, a także znaczenie wsparcia rówieśniczego. Dodatkowo zaangażowanie nieuzależnionego rodzica w psychoedukację jest kluczowe dla kształtowania pozytywnych praktyk edukacyjnych i utrzymywania zdrowych relacji z dzieckiem (Junik, 2012).

Podsumowując, staje się oczywiste, że aby dorosłe dzieci alkoholików mogły skutecznie radzić sobie z zadaniami rozwojowymi i prowadzić satysfakcjonujące życie, niezbędnych jest kilka czynników ochronnych. Czynniki te obejmują między innymi wsparcie społeczne, opiekę ze strony osoby dorosłej (niekoniecznie rodzica) i zasoby osobiste.

W związku z tym badania dotyczące dzieci alkoholików skupiają się obecnie nie tylko na stojących przed nią wyzwaniach, ale także na identyfikacji i wzmacnianiu zasobów, oraz czynników ochronnych, które mogą uchronić je przed szkodliwymi skutkami uzależnienia rodziców.

ROZDZIAŁ IV

ZAŁOŻENIA BADAWCZE

4.1. Teoretyczne podstawy badań własnych

W ostatnich dwóch dekadach szczególną rangę nadano badaniom nad przebiegiem rozwoju i funkcjonowania dzieci, głównie z rodzin w których rodzice są uzależnieni od alkoholu. Przyczyniły się one do zrozumienia wpływu zaburzeń alkoholowych rodziców na funkcjonowanie ich dzieci zwłaszcza w obszarze obserwowanych efektów rozwojowych i mechanizmów ich kształtujących, tak w środowisku domowym jak i szkolnym. Dorastanie jest czasem, który charakteryzuje się jako jedyny moment życia, gdzie dominuje brak zmartwień i cierpień, pod warunkiem, że jest zabezpieczony przez opiekuńcze środowisko rodziny. W fazie dojrzewania, dzieci są wyjątkowo wrażliwe na problematykę związaną z formowaniem własnej tożsamości oraz budowaniem relacji społecznych. Wzajemny szacunek i porozumienie między rodzicami a dziećmi są kluczowymi elementami wpływającymi na ich zachowanie w tym okresie. Dzieci wywodzące się z rodzin z problemem alkoholowym zmagają się z wyzwaniami, takimi jak: niedostateczne umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, dysregulacją emocjonalną. Są one często postrzegane jako nadaktywne, z zaburzeniami w zachowaniu i brakiem ambicji do angażowania się w życie społeczne. W kontekście amerykańskim, statystycznie, co ósma rodzina ma problem z alkoholem, wpływając na życie dzieci w różny sposób. Im wcześniej dziecko zetknie się z problemem alkoholowym w rodzinie, tym bardziej negatywny wpływ to będzie miało na jego rozwój. W okresach, kiedy są one najbardziej podatne emocjonalnie, jak np. w dzieciństwie, efekty mogą być wyjątkowo destrukcyjne. Dzieci, które od najmłodszych lat są ekspozowane na negatywne konsekwencje uzależnienia od alkoholu w rodzinie, w różnoraki sposób odczuwają wpływy tej choroby. Dysfunkcja ich rodziny staje się autonomicznym systemem, który izoluje się od społeczności z uwagi na różne negatywne emocje, takie jak: wstyd, poczucie winy, negowanie rzeczywistości tak przez osobę uzależnioną jak i przez pozostałych członków rodziny.

Współcześnie dowiedziono, że dzieci alkoholików są bezpośrednio narażone na nadmierny stres i często stają się ofiarą niewłaściwych warunków życiowych. Doświadczą one problemów emocjonalnych, szkolnych i społecznych (Copello, Velleman, Templeton, 2005). Szacowanie wpływu alkoholizmu rodzica na rozwój potomstwa początkowo odbywało się poprzez proste porównania międzygrupowe dzieci alkoholików i dzieci

alkoholików (Cierpiałkowska, 2010). W badaniach poszukiwano potwierdzenia dla poglądu, że dzieci alkoholików wykazują specyficzne dla tej grupy zaburzenia i w sposób znaczący różnią się w sposób negatywny od dzieci z rodzin bez problemu alkoholowego. Rezultaty tych porównań nie potwierdzały jednak przekonania klinicystów o wyjątkowej specyfice tej grupy. Okazało się, że chociaż niektóre wyniki badań wskazywały na istotne statystycznie różnice w zakresie funkcjonowania biologicznego dzieci alkoholików (Porjesz, Begleiter, 2000) czy w zakresie charakterystyki ich osobowości (Tarter, Alterman, Edwards, 1985), to jednocześnie wyniki te albo mieszczą się w granicach normy (Whipple, Noble, 1991), albo nie różnią się od wyników dzieci z innych środowisk dysfunkcyjnych (Harter, 2000). Mimo wielu badań tego obszaru, nie wyjaśniają one w pełni mechanizmów odpowiedzialnych za obserwowane wśród dzieci alkoholików efektów rozwojowych i funkcjonalnych. Pojawiają się wątpliwości przy braku jednomyślności w sprawie rozpowszechnienia problemów u dzieci uzależnionych rodziców. Dalsze eksplorowanie tej problematyki ma uzasadnienie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne. W rezultacie, wybrany temat prezentuje zarówno duży potencjał naukowy, jak i społeczny, co uzasadnia jego głębokie i wszechstronne zbadanie.

Teoretyczne podłoże badań własnych nad przebiegiem rozwoju dzieci alkoholików i ich problemów w środowisku szkolnym stanowi perspektywa interdyscyplinarna. Pedagogika, socjologia oraz psychologia, do scharakteryzowania unikalnych aspektów tego zagadnienia, często odwołują się do wielorakich teoretycznych ram. Zalicza się do nich metody liniowe, inaczej nazywane jednostkowymi (jak na przykład paradygmaty psychodynamiczne, kognitywno-behawioralne czy humanistyczne), jak również koncepcje systemowe i interakcyjne, w tym także modele relacji międzypokoleniowych. Jest to podejście łączące wiedzę i dokonania empiryczne z wymienionych dziedzin.

4.2. Przedmiot, cel i problemy badawcze

Przedmiotem badań są dzieci alkoholików i ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

Celem badań jest ustalenie jakiego rodzaju problemy mają dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym oraz w jaki sposób można im pomóc je pokonać.

Podstawą rozpoczęcia badań własnych było ustalenie i sformułowanie problemów badawczych.

Problem badawczy główny:

Jakie problemy i zaburzenia w adaptacji społecznej i emocjonalnej wpływające na funkcjonowanie w środowisku szkolnym wykazują dzieci z rodzin alkoholowych?

Problemy szczegółowe:

1. W jaki sposób poczucie własnej wartości dzieci z rodzin alkoholowych może wpływać na ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym?
2. Jakiego rodzaju problemy mają dzieci z rodzin alkoholowych w szkole?
3. Czy środowisko szkolne jest wsparciem dla dzieci z rodzin alkoholowych?

Kolejną czynnością było wyznaczenie grupy badawczej. Do prowadzonych badań wyznaczono grupę docelową, którą były dzieci z rodzin alkoholowych w wieku od 7 do 17 lat. Grupę podzielono na dwie grupy wiekowe: od 7 do 11 lat i od 12 do 17 lat. W grupie wiekowej 7-11 lat przebadano 24 dzieci. W grupie wiekowej 12-17 lat przebadano 14 dzieci.

Badana grupa uczęszcza do:

- Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Konarskiego w Radomiu,
- XIII Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Polskich Noblistów w Radomiu,
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. Św. Kazimierza Jagiellończyka w Radomiu,
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu.

Część badanej grupy pozostaje pod opieką:

- Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu.

Łącznie przebadano 38 dzieci.

Autorka rozprawy opracowała 5 studiów przypadku: Weroniki lat 11, Zuzanny lat 13, Bartka lat 14, Aleksandry lat 8 i Anny lat 46 DDA.

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu psychorysunki wykonała 5 dzieci : Ola lat 9, Iza lat 8, Milena lat 7, Wojtek lat 8 i Wiktoria lat 8.

W edukacji Wczesnoszkolej kl. 1-3, w klasie integracyjnej liczącej 20 uczniów do opisu wybrano wyniki 13 dzieci w wieku 8 lat które wskazywały na rodzinę problemową, a to potwierdziła rozmowa z wychowawcą klasy, która przybliżyła autorce rozprawy sytuację rodzinną dzieci.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Radomiu udostępniła wywiad przeprowadzony z Kacprem lat 16.

W placówkach oświatowych przeprowadzono 15 wywiadów, w:

- Publicznej Szkole Podstawowej nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu,

- Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Konarskiego w Radomiu.

Wywiad przeprowadzono w grupie wiekowej 7-10 lat z 5 dzieci, w grupie wiekowej 11-13 lat z 5 dzieci, w grupie wiekowej 14-17 lat z 5 dzieci.

W grupie pomocowej przeprowadzono wywiad z terapeutą uzależnień, specjalistami z: Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radomiu, Caritas Diecezji Radomskiej, Kierownikiem kuratorów rodzinnych. Konceptualizacja badań własnych objęła zaplanowanie procedur badawczych:

1. Dzieci z klas I-III – wykonanie psychorysunków, których tematem przewodnim jest „Moja rodzina”, z uwzględnieniem jej członków i form spędzania czasu wolnego.
2. Studium przypadku dzieci z rodzin alkoholowych a także osoby dorosłej (DDA) w retrospekcji do jej wspomnień z dzieciństwa i młodości
3. Wywiad w Poradni psychologiczno-pedagogicznej z pedagogiem/psychologiem dotyczący problemów dzieci z rodzin alkoholowych w aspekcie ich funkcjonowania psychofizycznego i społecznego. Wywiad w MOPS w celu poznania sytuacji rodzin alkoholowych i ich dzieci
4. Opracowanie programu pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych w pokonywaniu trudności w środowisku szkolnym – „Schodami w dorosłość”.

4.3. Metody i techniki badań

Przedmiot, cel badań i grupa badawcza to czynniki, które wymuszają określone decyzje. Metody muszą występować w czystej formie. Techniki badawcze wzajemnie sprawdzają się i uzupełniają. Za metodę badań możemy uznać zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących całość postępowania badawczego, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego. Metoda jest pewnego rodzaju charakterem działania, jakie podejmuje się dla zdobycia interesujących danych (Pilch i Bauman, 2001).

Do osiągnięcia celu badań autorka rozprawy wybrała i zastosowała metodę sondażu diagnostycznego. Badania sondażowe obejmują wszelkiego typu zjawiska społeczne o znaczeniu istotnym dla wychowania, ponadto strony świadomości społecznej, opinii i poglądów określonych, zbiorowości, narastania badanych zjawisk, ich tendencji i nasilenia (Pilch i Bauman, 2001).

W metodzie sondażu diagnostycznego najczęściej występujące techniki to: wywiad, ankieta, analiza dokumentów osobistych, techniki statystyczne.

Jak podaje Pilch (2001, s. 51), „metoda sondażu diagnostycznego jest sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie nie zlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje”.

Technika badawcza jest określoną czynnością, służącą do uzyskania pożądaných danych. Jest pojedynczą procedurą, polegającą na wykonaniu określonej czynności badawczej. Pilch (2001) wymienia następujące techniki badań: obserwacja, ankieta, wywiad, badanie dokumentów, techniki projekcyjne i techniki socjometryczne. Rzeczą najistotniejszą jest wybór najbardziej właściwych technik pomiaru środowiska. Do poznania postaw, sądów i opinii służąankiety, wywiady do badania stosunków międzyludzkich”.

Dla potrzeb rozprawy autorka wybrała wywiad, metodę indywidualnych przypadków i psychorysunek, jako badanie retrospektywne.

Wywiad jest ważnym źródłem pozyskiwania informacji. Wywiad środowiskowy służy do poznawania faktów, opinii i postaw danej zbiorowości. Najważniejszym warunkiem poprawnego przeprowadzenia wywiadu jest wcześniejsze przygotowanie odpowiednich dyspozycji określanych mianem kwestionariusza. Autorka rozprawy zaplanowała i przeprowadziła wywiady indywidualne i wywiad grupowy oraz zaplanowała dyspozycje do poszczególnych wywiadów.

Do opisu studium przypadku przeprowadzono wywiady pogłębione, które opierały się o następujące problemy do zidentyfikowania: dane ogólne o dziecku, opis sytuacji rodzinnej, zagrożenia dla rozwoju dziecka, zasoby środowiskowe i osobowościowe, zalecenia wsparcia rozwoju dziecka.

Wywiad ustrukturyzowany z psychologiem z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu posłużył do uzyskania informacji ogólnych dotyczących funkcjonowania dzieci alkoholików w środowisku szkolnym, a także poznania sytuacji dziecka z rodziny alkoholowej.

Wywiad z psychologiem przeprowadzono w oparciu o następujące pytania:

- Jakie trudności edukacyjne napotykają dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym?
- W jaki sposób środowisko rodzinne z problemem alkoholowym wpływa na zachowania

społeczne dzieci w szkole?

- Jakie są różnice we frekwencji szkolnej między dziećmi z rodzin alkoholowych a ich rówieśnikami z rodzin nieobciążonych tym problemem?
- Jakie trudności w nawiązywaniu relacji z nauczycielami i rówieśnikami mają dzieci z rodzin alkoholowych?
- W jakim stopniu dzieci z rodzin alkoholowych korzystają z dostępnego wsparcia psychologiczno – pedagogicznego w szkole?

Wywiady z dziećmi i młodzieżą w grupie wiekowej 7-17 lat były przeprowadzone indywidualnie, tak aby zapewnić im optymalne warunki bezpieczeństwa psychicznego. Pytania zostały tak skonstruowane, aby dzieci nie odczuwały lęku, stresu, czy obciążenia emocjonalnego, biorąc pod uwagę delikatność tematu, która wynika z ich funkcjonowania w rodzinie z chorobą alkoholową, co może wpływać na występowanie u nich problemów w środowisku szkolnym.

Wywiady które miały charakter ustrukturyzowany przeprowadzono dzieląc grupę wiekową 7-17 lat na trzy podgrupy wiekowe: 7-10 lat, 11-13 lat, 14-17 lat. Dokażdej z tych podgrup zaplanowano inny zestaw pytań, tak aby pytania były dostosowane do rozwoju psychofizycznego badanych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W badaniu tym wzięły udział dzieci i młodzież, która uczęszczała na terapię do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Każda grupa wiekowa liczyła 5 osób.

Dla grupy wiekowej 7-10 lat przygotowano pytania, które dotyczyły: funkcjonowania w szkole, w domu oraz emocji i samopoczucia badanej grupy. W badaniu wzięli udział: Marta lat 8, Gabrysia lat 9, Krzysiek lat 7, Olek lat 9 i Igor lat 10. Dzieciom zadano następujące pytania:

- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy w szkole czujesz się bezpiecznie, a może się boisz?
- Czy masz w szkole kolegów/koleżanki?
- Czy nauczyciele Ci pomagają, gdy masz problem?
- Czy w Twoim domu jest wesoło i spokojnie, a może czasem głośno i nerwowo?
- Czy w Twoim domu dorośli piją alkohol?
- Co czujesz, gdy dorośli w domu piją alkohol?
- Czy częściej jesteś wesoły (a), czy smutny (a)?
- Czy czasem boisz się wracać do domu?
- Czy ktoś w domu się Tobą opiekuje i dba o Ciebie?

Dzieci miały zaznaczone w trakcie zapoznawania się i wyjaśniania celu rozmowy, że o ile nie będą chciały odpowiadać na pytania, to mogą odmówić, a także, że w każdej chwili rozmowa może zostać zakończona. Badanie przebiegło w dobrej atmosferze, a dzieci bez problemów udzieliły odpowiedzi na przygotowane pytania.

Wywiad ustrukturyzowany w podgrupie wiekowej 11-13 lat przeprowadzono pod kątem funkcjonowania dzieci w środowisku szkolnym. Odpowiedzi na zadawane pytania w trakcie indywidualnych rozmów udzieliło pięcioro dzieci: Monika 11 lat, Seweryn 13 lat, Ola 12 lat, Igor 12 lat, Iza 13 lat. W trakcie przeprowadzonych rozmów w podgrupie wiekowej 11-13 lat zadao następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu ktoś pije alkohol (np. codziennie, co weekend)?
- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy masz w szkole przyjaciół/przyjaciółki?
- Jak często czujesz się w szkole smutny/smutna lub przygnębiony/przygnębiona?
- Czy zdarza ci się mieć trudności z nauką (np. koncentracją, odrabianiem lekcji)?
- Czy boisz się czasem wracać do domu po lekcjach?
- Czy masz osobę dorosłą (np. nauczyciela, pedagoga, wychowawcę), z którą możesz porozmawiać o swoich problemach?
- Czy czujesz się bezpiecznie w domu?
- Co robisz, gdy masz trudny dzień?

W podgrupie wiekowej 14-17 lat wywiad ustrukturyzowany przeprowadzono w oparciu o pytania pozwalające przybliżyć funkcjonowanie w szkole badanej grupy. W wywiadzie indywidualnym wzięło udział pięć osób: Kamil 14 lat, Olga 14 lat, Dominika 15 lat, Piotr 16 lat i Alicja 17 lat. W badanej grupie zostały zadane następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu występują (lub występowały) problemy z nadużywaniem alkoholu przez osoby dorosłe?
- Jak oceniasz swoje wyniki w nauce?
- Czy masz trudności z koncentracją na lekcjach?
- Czy zdarza Ci się nie odrabiać prac domowych z powodu sytuacji rodzinnych?
- Czy czujesz się akceptowany/a przez swoich nauczycieli?
- Czy masz w szkole osobę dorosłą (np. wychowawcę, pedagoga), do której możesz się zwrócić w trudnej sytuacji?

- Czy masz bliskich przyjaciół w szkole?
- Jak często uczestniczysz w życiu klasy (np. wyjścia, projekty, wydarzenia)?
- Czy kiedykolwiek byłeś/łaś obiektem przemocy (np. wyśmiewania, wykluczania) w szkole?
- Jakie uczucia najczęściej odczuwasz?
- Gdzie najczęściej szukasz wsparcia, gdy masz problem?

Na problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły wskazał w szczególności wywiad pogłębiony z terapeutą uzależnień z Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Radomiu. Celem wywiadu było uzyskanie jakościowych danych dotyczących funkcjonowania dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym w środowisku szkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów adaptacyjnych, relacji społecznych, strategii radzenia sobie oraz roli szkoły w procesie wsparcia tych uczniów. Rozmowa autorki rozprawy miała charakter eksploracyjny i została przeprowadzona w ramach badań nad wpływem środowiska rodzinnego na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci. W trakcie wywiadu zostały zadane pytania:

- Jak często w swojej pracy spotyka się Pani z dziećmi, które dorastają w rodzinach z problemem alkoholowym?
- Jakie wzorce zachowań najczęściej obserwuje Pani wśród dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście funkcjonowania szkolnego?
- Jakie trudności szkolne są najczęściej obserwowane u tych uczniów?
- Jak szkoła może rozpoznać, że dziecko pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym?
- Jaką rolę powinna pełnić szkoła w systemie wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych?
- Czy dzieci z rodzin alkoholowych mają szanse na prawidłowy rozwój i zdrowe relacje społeczne w dorosłości?

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu przeprowadzony został wywiad ze specjalistami, którzy tam pracują z dziedziny pedagogiki i psychologii. Wywiad miał charakter grupy i ustrukturyzowany w oparciu o przygotowane pytania. Intencją autorki rozprawy było doprowadzenie do dyskusji i wymiany poglądów w badanym aspekcie problemów szkolnych dzieci alkoholika. Wywiadu zgodziły się udzielić: pedagog (1) pracująca w zawodzie 30 lat, pedagog (2) pracująca w zawodzie 11 lat oraz psycholog (3) pracująca w zawodzie 34 lata, psycholog (4) pracująca w zawodzie 18 lat i psycholog (5) pracująca w zawodzie 6 lat. Zróżnicowany staż pracy pozwalał poznać wieloaspektowe

spojrzenie na zagadnienie dotyczące zachowań, potrzeb oraz problemów dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, które przekładają się na ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Nasuwa się refleksja, że zarówno środowisko pedagogiczno-psychologiczne, jak i pomocy społecznej są w większości sfeminizowane oraz, że wskazane by było, aby w tych dziedzinach w ramach równowagi zawodowej pracowało więcej mężczyzn. Problemy bycia dzieckiem alkoholika dotyczą zarówno dziewczęta, jak i chłopców i może tym drugim łatwiej byłoby rozmawiać o swoich problemach z mężczyzną pedagogiem/psychologiem. Specjalistkom z zakresu pedagogiki i psychologii, z którymi przeprowadzono wywiad grupowy i ustrukturyzowany zadano ten sam zestaw pytań:

- Jakie objawy zauważa Pani u dzieci i młodzieży?
- Jakie zachowania dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych budzą Pani niepokój?
- Czy szkoła oferuje wsparcie dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym?
- Jakie formy wsparcia byłyby Pani zdaniem najbardziej pomocne dla dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych?

Prowadząc badania w celu uzyskania informacji z MOPS w Radomiu o dzieciach z rodzin alkoholowych, przygotowano wywiad ustrukturyzowany który został przeprowadzony z pracownikiem wyznaczonym przez Dyrektora MOPS w Radomiu, wg. listy pytań:

- Ile jest rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jaka jest sytuacja dzieci w tych rodzinach?
- Czy były przypadki przekazania dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi do rodzin zastępczych?
- Czy MOPS posiada wywiady z pedagogiem/psychologiem z danej szkoły, do której uczęszczają dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jakiego rodzaju problemy są zdiagnozowane?
- Co robi Szkoła aby tym dzieciom pomóc (czy są organizowane warsztaty, zajęcia itp.)?
- Czy rodziny z MOPS-u mają przydzielonego asystenta rodzinnego?
- Ile rodzin objętych jest nadzorem Kuratora?
- Czy występuje w rodzinach ograniczenie władzy rodzicielskiej?
- Czy są rodziny z założoną niebieską kartą?
- Jak jest wykształcenie w rodzinach z problemami alkoholowymi?

- Czy w tych rodzinach występuje niski status zawodowy, czy raczej można zauważyć zmianę w tendencji nadużywania alkoholu w rodzinach, gdzie jest wysoki status zawodowy?
- Czy rodziny z wyższym statusem zawodowym gdzie występuje problem alkoholowy są objęte (pomocą) przez MOPS?
- Jak wygląda sytuacja z problemem alkoholowym w rodzinach gdzie występuje wysoki status materialny – mam na uwadze informację czy poprzez problem alkoholowy ten wysoki status materialny został utracony?

Wywiad z Kierownikiem Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej do Wykonywania Orzeczeń w Sprawach Rodzinnych i Nieletnich Sądu Rejonowego w Radomiu miał charakter swobodnej rozmowy dotyczącej badanej problematyki oraz wymiany poglądów w odniesieniu do sytuacji dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Kurator rodzinny udostępnił autorce rozprawy materiały związane z sprawowanym przez niego nadzorem nad rodzinami z problemami alkoholowymi gdzie są małoletnie dzieci.

Dyrektor Caritas Diecezji Radomskiej, po przeprowadzonej rozmowie telefonicznej wyraził zgodę na udostępnienie materiałów dotyczących dzieci z rodzin alkoholowych oraz formudzielanego im wsparcia. Przygotowane materiały autorka rozprawy odebrała osobiście.

Badania miały charakter jakościowy i polegały na dokonaniu analizy interpretacyjnej uwarunkowań problemów, które mają dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym oraz, w jaki sposób można im pomóc je pokonać. Dokonano opisu i analizy badanego zjawiska, procesów i faktów. Synteza zjawiska stała się procesem scalającym na podstawie wyników dokonanej analizy. W badaniach jakościowych szczególną rolę przypisuje się osobom badanym, a w przypadku niniejszej rozprawy były to dzieci i młodzież z rodzin alkoholowych w grupie wiekowej od 7 do 17 lat.

4.4. Charakterystyka badanej grupy

Podstawową grupę badawczą utworzono z dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych w przedziale wiekowym od 7 do 17 lat. Kryterium głównym doboru badanej grupy był problem alkoholowy w środowisku rodzinnym ojca lub matki, a także obojga rodziców. Kryterium merytorycznym doboru badanej grupy był alkoholizm rodziców pod kątem jego wpływu na rozwój psychofizyczny dzieci i ich funkcjonowania w szkole. Poza kryterium

merytorycznym oparto się w doborze badanej grupy o kryterium psychologiczne, tzn. problemy osobowościowe dzieci alkoholików w budowaniu własnej tożsamości, samooceny oraz poczucia własnej wartości. W kryterium pedagogicznym kierowano się problemami dzieci alkoholików w środowisku szkolnym zarówno w aspekcie osiągnięć w nauce, jak i budowaniu relacji interpersonalnych w grupie rówieśniczej i z nauczycielami.

W grupie wiekowej 7-11 lat przebadano 24 dzieci. W grupie wiekowej 12-17 lat przebadano 14 dzieci. Badana grupa uczęszcza do:

- Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Konarskiego w Radomiu.
- XIII Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Polskich Noblistów w Radomiu.
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. Św. Kazimierza Jagiellończyka w Radomiu.
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu.

Część badanej grupy pozostaje pod opieką:

- Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu.

Łącznie przebadano 38 dzieci.

W badaniach wyznaczono także grupę pomocniczą, której uczestnicy wnieśli dodatkową

- Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Konarskiego w Radomiu.
- XIII Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Polskich Noblistów w Radomiu.
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. Św. Kazimierza Jagiellończyka w Radomiu.
- Publicznej Szkoły Podstawowej nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu.

W badaniach wyznaczono także grupę pomocową, której uczestnicy wnieśli dodatkową wiedzę dotyczącą rodzin alkoholowych i dzieci alkoholików. Grupę tę utworzono ze specjalistów tzn. pedagogów i psychologów, nauczycieli, kuratora rodzinnego, przedstawiciela MOPS oraz przedstawiciela Caritas Diecezji Radomskiej.

4.5. Organizacja i przebieg badań

Podstawą organizacyjną przeprowadzenia badań było ustalenie insytnucji i placówek oświatowych, gdzie będą prowadzone badania. Przeprowadzenie badań poprzedzono nawiązaniem kontaktów z osobami decyzyjnymi i pozyskania ich zgody na przeprowadzenie badań.

Badania prowadzono od maja do października 2025 roku. W maju 2025 roku przeprowadzono badania w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu.

Badania w:

- Liceum Ogólnokształcącym im. Stanisława Konarskiego w Radomiu.
- XIII Liceum Ogólnokształcącym z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Polskich Noblistów w Radomiu.
- Publicznej Szkole Podstawowej nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. Św. Kazimierza Jagiellończyka w Radomiu.
- Publicznej Szkole Podstawowej nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, zostały przeprowadzone w miesiącu czercu i wrześniu 2025 roku.

Kolejne badania w Domu Ludowym w Cerekwi (gmina Zakrzew), oraz w MOPS w Radomiu przeprowadzono w lipcu i sierpniu 2025 roku.

Badania w Caritas Diecezji Radomskiej, Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Radomiu, a także w III Wydziale Rodziny i Nieletnich w Sądzie Rejonowym w Radomiu przeprowadzone zostały w październiku 2025 roku.

Dodatkowo w trakcie przebiegu badań uzyskano wiedzę dotyczącą pomocy, jakiej udzielają rodzinom alkoholowym i dzieciom alkoholików instytucje i placówki oświatowe, które były terenem badań.

Badaniami objęto różnorodne tereny, co zapewniło pozyskanie wieloaspektowej wiedzy dotyczącej rodzin alkoholowych i dzieci alkoholików w celu ustalenia przyczyn ich problemów w środowisku szkolnym. Planując badania ich autorka miała świadomość, że może napotkać na bariery instytucjonalne i bariery psychologiczne ze strony dzieci alkoholików, które mogą odmówić udziału w badaniu lub ograniczyć swój udział do granic, które same wyznaczają. Wiedziała też, że musi wykazać się cierpliwością, delikatnością i empatią w pozyskiwaniu wiedzy od dzieci alkoholików bez względu na ich wiek. Każde dziecko alkoholika zarówno małe, jak i nastolatek, żeby wziąć udział w badaniu musi wyrazić chęć i mieć poczucie bezpieczeństwa, aby mogło mówić o swoich problemach lub wyrazić je w formie plastycznej (psychorysunek).

Prowadząc badania w grupie wiekowej od 7 do 17 lat autorka rozprawy zadbała, aby przeprowadzając wywiady indywidualne dostosować pytania do poziomu wiekowego i szanować wrażliwość każdego uczestnika badania oraz zapewnić mu komfort psychiczny, tzn. słuchać, nie naciskać, pozwolić dziecku wyrzucić z siebie czasem złość, gorycz, smutek, czy też zamilknąć. Uczestnicy badania otrzymali zapewnienie, że ich wypowiedzi, czy też prace plastyczne mają na celu pomóc zrozumieć dlaczego mają problemy w środowisku

szkolnym i jak można im pomóc, a także innym ich rówieśnikom, których rodzice mają problem alkoholowy.

Badania oparte o wywiady, które stały się podstawą opisu indywidualnych przypadków nie są łatwe, ponieważ odbywają się poprzez bezpośrednie kontakty z osobami, których historię życia chcemy poznać. Także wywiady ze specjalistami wymagały dużego zaangażowania emocjonalnego ze strony prowadzącej badania, jak i osób, do których zwróciła się o udział i pomoc w pozyskaniu niezbędnych materiałów empirycznych. Autorka badań wkraczając na obrany teren nigdy nie wiedziała z jaką spotka się reakcją ze strony zarządzających daną placówką oświatową czy instytucją, która ma w swoim zakresie opiekę lub nadzór nad rodzinami alkoholowymi.

Do opisu studium przypadku przeprowadzono wywiady pogłębione, które opierały się o następujące problemy do zidentyfikowania: dane ogólne o dziecku, opis sytuacji rodzinnej, zagrożenia dla rozwoju dziecka, zasoby środowiskowe i osobowościowe, zalecenia wsparcia rozwoju dziecka.

Wywiad ustrukturyzowany z psychologiem z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Radomiu posłużył do uzyskania informacji ogólnych dotyczących funkcjonowania dzieci alkoholików w środowisku szkolnym, a także poznania sytuacji dziecka z rodziny alkoholowej.

Wywiad z psychologiem przeprowadzono w oparciu o następujące pytania:

- Jakie trudności edukacyjne napotykają dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym?
- W jaki sposób środowisko rodzinne z problemem alkoholowym wpływa na zachowania społeczne dzieci w szkole?
- Jakie są różnice we frekwencji szkolnej między dziećmi z rodzin alkoholowych a ich rówieśnikami z rodzin nieobciążonych tym problemem?
- Jakie trudności w nawiązywaniu relacji z nauczycielami i rówieśnikami mają dzieci z rodzin alkoholowych?
- W jakim stopniu dzieci z rodzin alkoholowych korzystają z dostępnego wsparcia psychologiczno – pedagogicznego w szkole?

Wywiady z dziećmi i młodzieżą w grupie wiekowej 7-17 lat były przeprowadzone indywidualnie, tak aby zapewnić im optymalne warunki bezpieczeństwa psychicznego. Pytania zostały tak skonstruowane, aby dzieci nie odczuwały lęku, stresu, czy obciążenia emocjonalnego, biorąc pod uwagę delikatność tematu, która wynika z ich funkcjonowania

w rodzinie z chorobą alkoholową, co może wpływać na występowanie u nich problemów w środowisku szkolnym.

Wywiady które miały charakter ustrukturyzowany przeprowadzono dzieląc grupę wiekową 7-7 lat na trzy podgrupy wiekowe: 7-10 lat, 11-13 lat, 14-17 lat. Dokażdej z tych podgrupzaplanowano inny zestaw pytań, tak aby pytania były dostosowane do rozwoju psychofizycznego badanych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W badaniu tym wzięły udział dzieci i młodzież, która uczęszczała na terapię do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Każda grupa wiekowa liczyła 5 osób.

Dla grupy wiekowej 7-10 lat przygotowano pytania, które dotyczyły: funkcjonowania w szkole, w domu oraz emocji i samopoczucia badanej grupy. W badaniu wzięli udział: Marta lat 8, Gabrysia lat 9, Krzysł lat 7, Olek lat 9 i Igor lat 10. Dzieciom zadano następujące pytania:

- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy w szkole czujesz się bezpiecznie, a może się boisz?
- Czy masz w szkole kolegów/koleżanki?
- Czy nauczyciele Ci pomagają, gdy masz problem?
- Czy w Twoim domu jest wesoło i spokojnie, a może czasem głośno i nerwowo?
- Czy w Twoim domu dorośli piją alkohol?
- Co czujesz, gdy dorośli w domu piją alkohol?
- Czy częściej jesteś wesoły (a), czy smutny (a)?
- Czy czasem boisz się wracać do domu?
- Czy ktoś w domu się Tobą opiekuje i dba o Ciebie?

Dzieci miały zaznaczone w trakcie zapoznawania się i wyjaśniania celu rozmowy, że o ile nie będą chciały odpowiadać na pytania, to mogą odmówić, a także, że w każdej chwili rozmowa może zostać zakończona. Badanie przebiegło w dobrej atmosferze, a dzieci bez problemów udzieliły odpowiedzi na przygotowane pytania.

Wywiad ustrukturyzowany w podgrupie wiekowej 11-13 lat przeprowadzono pod kątem funkcjonowania dzieci w środowisku szkolnym. Odpowiedzi na zadawane pytania w trakcie indywidualnych rozmów udzieliło pięcioro dzieci: Monika 11, Seweryn 13, Ola 12, Igor 12, Iza 13. W trakcie przeprowadzonych rozmów w podgrupie wiekowej 11-13 lat zadao następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu ktoś pije alkohol (np. codziennie, co weekend)?

- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy masz w szkole przyjaciół/przyjaciółki?
- Jak często czujesz się w szkole smutny/smutna lub przygnębiony/przygnębiona?
- Czy zdarza ci się mieć trudności z nauką (np. koncentracją, odrabianiem lekcji)?
- Czy boisz się czasem wracać do domu po lekcjach?
- Czy masz osobę dorosłą (np. nauczyciela, pedagoga, wychowawcę), z którą możesz porozmawiać o swoich problemach?
- Czy czujesz się bezpiecznie w domu?
- Co robisz, gdy masz trudny dzień?

W podgrupie wiekowej 14-17 lat wywiad ustrukturyzowany przeprowadzono w oparciu o pytania pozwalające przybliżyć funkcjonowanie w szkole badanej grupy. W wywiadzie indywidualnym wzięło udział pięć osób: Kamil lat 14, Olga lat 14, Dominika lat 15, Piotr lat 16 i Alicja lat 17. W badanej grupie zostały zadane następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu występują (lub występowały) problemy z nadużywaniem alkoholu przez osoby dorosłe?
- Jak oceniasz swoje wyniki w nauce?
- Czy masz trudności z koncentracją na lekcjach?
- Czy zdarza Ci się nie odrabiać prac domowych z powodu sytuacji rodzinnych?
- Czy czujesz się akceptowany/a przez swoich nauczycieli?
- Czy masz w szkole osobę dorosłą (np. wychowawcę, pedagoga), do której możesz się zwrócić w trudnej sytuacji?
- Czy masz bliskich przyjaciół w szkole?
- Jak często uczestniczysz w życiu klasy (np. wyjścia, projekty, wydarzenia)?
- Czy kiedykolwiek byłeś/łaś obiektem przemocy (np. wyśmiewania, wykluczania) w szkole?
- Jakie uczucia najczęściej odczuwasz?
- Gdzie najczęściej szukasz wsparcia, gdy masz problem?

Na problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły wskazał w szczególny sposób wywiad pogłębiony z terapeutą uzależnień z Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień. Celem wywiadu było uzyskanie jakościowych danych dotyczących funkcjonowania dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym w środowisku szkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów adaptacyjnych,

relacji społecznych, strategii radzenia sobie oraz roli szkoły w procesie wsparcia tych uczniów. Rozmowa autorki rozprawy miała charakter eksploracyjny i została przeprowadzona w ramach badań nad wpływem środowiska rodzinnego na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci. W trakcie wywiadu zostały zadane pytania:

- Jak często w swojej pracy spotyka się Pani z dziećmi, które dorastają w rodzinach z problemem alkoholowym?
- Jakie wzorce zachowań najczęściej obserwuje Pani wśród dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście funkcjonowania szkolnego?
- Jakie trudności szkolne są najczęściej obserwowane u tych uczniów?
- Jak szkoła może rozpoznać, że dziecko pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym?
- Jaką rolę powinna pełnić szkoła w systemie wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych?
- Czy dzieci z rodzin alkoholowych mają szanse na prawidłowy rozwój i zdrowe relacje społeczne w dorosłości?

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radomiu przeprowadzony został wywiad ze specjalistami, którzy tam pracują z dziedziny pedagogiki i psychologii. Wywiad miał charakter grupy i ustrukturyzowany w oparciu o przygotowane pytania. Intencją autorki rozprawy było doprowadzenie do dyskusji i wymiany poglądów w badanym aspekcie problemów szkolnych dzieci alkoholika. Wywiadu zgodziły się udzielić: pedagog (1) pracująca w zawodzie 30 lat, pedagog (2) pracująca w zawodzie 11 lat oraz psycholog (3) pracująca w zawodzie 34 lata, psycholog (4) pracująca w zawodzie 18 lat i psycholog (5) pracująca w zawodzie 6 lat. Zróżnicowany staż pracy pozwalał poznać wieloaspektowe spojrzenie na zagadnienie dotyczące zachowań, potrzeb oraz problemów dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, które przekładają się na ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Nasuwa się refleksja, że zarówno środowisko pedagogiczno-psychologiczne, jak i pomocy społecznej są w większości sfeminizowane oraz, że wskazane by było, aby w tych dziedzinach w ramach równowagi zawodowej pracowało więcej mężczyzn. Problemy bycia dzieckiem alkoholika dotyczą zarówno dziewczęta, jak i chłopców i może tym drugim łatwiej byłoby rozmawiać o swoich problemach z mężczyzną pedagogiem/psychologiem. Specjalistkom z zakresu pedagogiki i psychologii, z którymi przeprowadzono wywiadgrupowy i ustrukturyzowany zadano ten sam zestaw pytań:

- Jakie objawy zauważa Pani u dzieci i młodzieży?
- Jakie zachowania dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych budzą Pani niepokój?

- Czy szkoła oferuje wsparcie dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym?
- Jakie formy wsparcia byłyby Pani zdaniem najbardziej pomocne dla dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych?

Prowadząc badania w celu uzyskania informacji z MOPS o dzieciach z rodzin alkoholowych, przygotowano wywiad ustrukturyzowany który został przeprowadzony z pracownikiem Ośrodka wyznaczonym przez Dyrektorem MOPS, wg listy pytań:

- Ile jest rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jaka jest sytuacja dzieci w tych rodzinach?
- Czy były przypadki przekazania dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi do rodzin zastępczych?
- Czy MOPS posiada wywiady z pedagogiem/psychologiem z danej szkoły, do której uczęszczają dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jakiego rodzaju problemy są zdiagnozowane?
- Co robi Szkoła aby tym dzieciom pomóc (czy są organizowane warsztaty, zajęcia itp.)?
- Czy rodziny z MOPS-u mają przydzielonego asystenta rodzinnego?
- Ile rodzin objętych jest nadzorem Kuratora?
- Czy występuje w rodzinach ograniczenie władzy rodzicielskiej?
- Czy są rodziny z założoną niebieską kartą?
- Jakie jest wykształcenie w rodzinach z problemami alkoholowymi?
- Czy w tych rodzinach występuje niski status zawodowy, czy raczej można zauważyć zmianę w tendencji nadużywania alkoholu w rodzinach, gdzie jest wysoki status zawodowy?
- Czy rodziny z wyższym statusem zawodowym gdzie występuje problem alkoholowy są objęte (pomocą) przez MOPS?
- Jak wygląda sytuacja z problemem alkoholowym w rodzinach gdzie występuje wysoki status materialny – mam na uwadze informację czy poprzez problem alkoholowy ten wysoki status materialny został utracony?

Wywiad z Kierownikiem Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej do Wykonywania Orzeczeń w Sprawach Rodzinnych i Nieletnich Sądu Rejonowego w Radomiu miał charakter swobodnej rozmowy dotyczącej badanej problematyki oraz wymiany poglądów w odniesieniu do sytuacji dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Kurator

rodzinny udostępnił autorce rozprawy materiały związane z sprawowanym przez niego nadzorem nad rodzinami z problemami alkoholowymi gdzie są małoletnie dzieci.

Dyrektor Caritas Diecezji Radomskiej, po przeprowadzonej rozmowie telefonicznej wyraził zgodę na udostępnienie materiałów dotyczących dzieci z rodzin alkoholowych oraz formużelanego im wsparcia. Przygotowane materiały autorka rozprawy odebrała osobiście.

Prezentując teren badań autorka rozprawy wskazała na potencjał poszczególnych placówek oświatowych i instytucji w aspekcie ich możliwości udzielania pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych.

1. Liceum Ogólnokształcące Stanisława Konarskiego w Radomiu. Jest to liceum integracyjne – szkoła podkreśliła swoją empatię, otwartość i podejście. Dewizą liceum jest „Szkoła z Sercem”, która dba o atmosferę bezpieczną dla uczniów w trudnej sytuacji życiowej. Na uwagę zasługują specjaliści i usługi dostępne w szkole:

- W placówce działa psycholog szkolny. Szkoła zatrudnia pedagoga szkolnego – obie funkcje realizują podstawowe zadania wsparcia psychologiczno-pedagogicznego, czyli standardowy punkt kontaktu dla ucznia potrzebującego pomocy,
- Szkoła deklaruje zapewnianie uczniom wsparcia i pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz podejmowanie działań wobec uczniów w trudnej sytuacji życiowej.

Zakres pomocy obejmuje:

- Indywidualne rozmowy i wsparcie psychologiczne – pomoc doraźna, praca nad emocjami, mechanizmami radzenia sobie, opracowanie planu wsparcia,
- Interwencje pedagoga szkolnego – monitorowanie sytuacji szkolnej, pomoc w kontaktach z rodziną (gdzie to możliwe), koordynacja wsparcia materialnego (np. pomoc socjalna) i organizacja dodatkowych działań (np. zajęcia wyrównawcze),
- Skierowania do zewnętrznych instytucji – gdy zachodzi potrzeba, szkoła współpracuje, a w założeniu powinna współpracować z lokalnymi poradniami psychologiczno-pedagogicznymi PCPR/MOPS, ośrodkami terapeutycznymi i innymi jednostkami wspierającymi rodzinę (w Radomiu działają poradnie oferujące terapię rodzinną i wsparcie dla rodzin w kryzysie),

- Działania profilaktyczne i edukacyjne – zajęcia z profilaktyki uzależnień, warsztaty dla klas i rodziców, programy „Szkoła dla rodziców”/ systemowa terapia rodzin (realizowane przez poradnie).
2. XIII Liceum Ogólnokształcące z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Polskich Noblistów w Radomiu. Szkoła spełnia rolę wsparcia dla uczniów z rodzin alkoholowych, ponieważ:
- Ma strukturę i wewnętrzne mechanizmy umożliwiające pomoc psychologiczną, pedagogiczną,
 - Prowadzi przynajmniej jeden projekt profilaktyczny, adresujący problemy emocjonalne, uzależnienia, radzenie sobie w kryzysie,
 - Stosuje procedury ochrony uczniów, co jest ważne przy problemach domowych. Placówka ma świadomość, że skuteczna pomoc w przypadku rodzin alkoholowych wymaga:
 - Stałej terapii rodzinnej/interwencji uzależnień,
 - Zaangażowania rodziny,
 - Koordynacji między szkołą, służbami społecznymi i instytucjami zdrowia psychicznego.
- Szkoła ma potencjał wyspecjalizowanej kadry (psycholog, pedagog), aby być znaczącym wsparciem, choć nie zawsze pełnym rozwiązaniem dla ucznia z rodziny alkoholowej.
3. Publiczna Szkoła Podstawowa nr 4 z Oddziałami Integracyjnymi im. św. Kazimierza Jagiellończyka w Radomiu. Szkoła realizuje zadania typowe dla szkoły podstawowej: edukację ogólnokształcącą dla uczniów klas 1-8. Posiada oddziały integracyjne, czyli klasy, w których uczniowie z niepełnosprawnościami współuczestniczą w zajęciach z rówieśnikami (w miarę możliwości), przy wsparciu specjalistów (choćby szczegółowy zakres integracji – jaki typ niepełnosprawności, stopień wsparcia – wymagałby danych dodatkowych). Szkoła oferuje usługi wspierające rozwój uczniów:
- Psychologa, logopedę,
 - Gabinet medyczny
 - Zajęcia: kompensacyjno-korekcyjne, wyrównawcze, gimnastyka korekcyjna,
 - Świetlicę szkolną i stołówkę.
- Szkoła posiada możliwości udzielania pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych.

4. Publiczna Szkoła Podstawowa nr 7 im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu. Szkoła zapewnia wszechstronną edukację, obejmującą przedmioty ogólnokształcące i zajęcia dodatkowe. W ramach oferty edukacyjnej uczniowie mają możliwość uczestniczenia w różnych projektach, warsztatach oraz konkursach, co warunkuje ich wszechstronny rozwój. Szkoła organizuje wycieczki, imprezy szkolne, które integrują społeczność uczniowską. W Publicznej Szkole Podstawowej Nr 7 pracuje wykwalifikowana kadra pedagogiczna, która dba o indywidualny rozwój każdego ucznia. Nauczyciele angażują się w różnorodne inicjatywy edukacyjne, wspierając uczniów w osiąganiu sukcesów zarówno w nauce, jak i w działalności pozalekcyjnej, a także wspiera dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, w tym z rodzin alkoholowych. Wsparcie rodzin z problemem alkoholowym polega na:
- Zapewnieniu bezpieczeństwa emocjonalnego uczniów – reagowaniu na sytuacje konfliktowe, przemoc domową i skutki współuzależnienia,
 - Wsparciu rodzin w kryzysie – informowaniu o dostępnych instytucjach pomocowych i możliwościach wsparcia terapeutycznego,
 - Profilaktyce uzależnień – edukacji uczniów i rodziców o skutkach nadużywania alkoholu,
 - Wzmacnianiu kompetencji społecznych dzieci i młodzieży – kształtowaniu umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w rodzinie.
- Szkoła współdziała z instytucjami pomocowymi: Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA), GOPS, Ośrodkami Terapii Uzależnień.
5. Dom Ludowy w Cerekwi (gmina Zakrzew). Dom Ludowy, jako lokalna placówka kultury/świątlnica posiada potencjał, aby wspomagać rodziny z problemem alkoholowym w sposób pośredni poprzez:
- Organizację grupy wsparcia dla osób współuzależnionych, cykliczne spotkania dla rodzin, umożliwiające wymianę doświadczeń, wzajemną pomoc,
 - Warsztaty i prelekcje dotyczące skutków alkoholizmu, profilaktyki, przeciwdziałania przemocy domowej, dla dzieci, młodzieży i dorosłych
 - Organizowanie zajęć artystycznych, kulturalnych, sportowych, integracyjnych – aby dzieci i młodzież miały alternatywę wobec środowisk, w których problem nadużywania alkoholu jest obecny,

- Tworzenie przyjaznej, bezpiecznej przestrzeni, gdzie osoby z problemem lub ich bliscy mogą spotkać się, porozmawiać, poczuć się zrozumianymi, zmniejszyć poczucie izolacji,
- Ułatwianie dostępu do działań Punktu Konsultacyjnego, komisji, GOPS, straży, służb socjalnych: np. poprzez ulotki, informacje, organizowanie wspólnych wydarzeń.

Dom Ludowy w Cerekwi nie pełni funkcji terapeutycznej bezpośrednio wobec osób z uzależnieniem, ale jest ważnym elementem infrastruktury społecznej/ kulturowej, który może wspierać działania profilaktyczne, integracyjne i edukacyjne. Współpraca z Urzędem Gminy, Punktem Konsultacyjnym, GKRPA, psychologami optymalizuje zakres oddziaływań.

6. III Wydział Rodzinny i Nieletnich w Sądzie Rejonowym w Radomiu. Specjalizuje się w sprawach z zakresu prawa rodzinnego oraz postępowania w sprawach nieletnich. To jeden z kluczowych wydziałów sądu, który zajmuje się szerokim zakresem spraw dotyczących rodziny i młodzieży. Do głównych zadań III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich należy:

- Rozpatrywanie spraw z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, w tym dotyczących zawarcia małżeństwa i stosunków małżeńskich, separacji, rozwodów, alimentów, władzy rodzicielskiej, kontaktów z dzieckiem, adopcji, ustanawiania opiekunów prawnych oraz spraw majątkowych związanych z rodziną,
- Rozpoznawanie spraw w postępowaniu nieprocesowym, takich jak ustalanie ojcostwa, zmiana imienia i nazwiska, czy sprawy dotyczące pełnoletnich dzieci,
- Prowadzenie postępowań w sprawach nieletnich, w tym dotyczących demoralizacji i czynów karalnych popełnionych przez osoby niepełnoletnie,
- Współpraca z Zespołem Kuratorskiej Służby Sądowej, który wykonuje orzeczenia w sprawach rodzinnych i nieletnich, zapewniając nadzór nad wykonywaniem orzeczeń sądowych oraz udzielając wsparcia rodzinom i nieletnim.

Zadaniem kuratora rodzinnego w rodzinach z problemem alkoholowym polegają na:

- Diagnozowaniu sytuacji rodzinnej. Kurator zbiera informacje o: warunkach życia dziecka (materialnych, emocjonalnych, wychowawczych), relacjach między członkami rodziny, skali i skutkach problemu alkoholowego, kontaktach dziecka z osobami dorosłymi oraz potrzebach pomocy (psychologicznej, prawnej,

materialnej). W tym celu odwiedza rodzinę w domu, rozmawia z rodzicami, dziećmi, szkołą, MOPS-em, policją.

- Nazdrowaniu rodziny, poprzez kontrolę wykonywania przez rodziców władzy rodzicielskiej (czy dziecko ma zapewnioną opiekę, edukację, bezpieczeństwo), trzeźwość rodziców (czy podejmują leczenie, czy nie piją przy dzieciach) oraz wykonywanie zaleceń sądu (np. uczestnictwo w terapii, współpraca z MOPS, szkołą). Kurator po stwierdzeniu, że sytuacja się pogarsza ma obowiązek informować sąd, który może: ograniczyć lub zawiesić władzę rodzicielską, skierować rodziców na przymusowe leczenie odwykowe albo umieścić dziecko w pieczy zastępczej.
 - Wspieraniu rodziny i motywowaniu do zmiany. Kurator motywuje rodziców do leczenia odwykowego, pomaga w kontaktach z instytucjami (MOPS, OPS, PCR, poradniami), organizuje wsparcie psychologiczne, socjalne i prawne, uczy rodziców podstawowych umiejętności wychowawczych i komunikacyjnych oraz wsmacnia pozytywne działania rodziny (np. trzeźwość, współpracę z terapeutą, opiekę nad dzieckiem).
 - Ponadto kurator współpracuje z: szkołami (np. pedagogiem lub psychologiem szkolnym), MOPS/OPS (pracownik socjalny, asystent rodziny), poradniami psychologicznymi i odwykowymi, a także policją (np. przy przemoc domowej).
 - Kurator regularnie składa sprawozdania i opinie o sytuacji rodziny, tzn.: opisuje, czy rodzice podejmują leczenie, czy dziecko ma zapewnione bezpieczeństwo i warunki rozwoju, czy konieczna jest interwencja sądu (np. odebranie dziecka, ustanowienie opieki kuratora, skierowanie rodzica na leczenie odwykowe). Raporty są podstawą decyzji sądu rodzinnego o podjęciu decyzji o ograniczeniu władzy rodzicielskiej lub odebraniu dziecka.
7. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1 w Radomiu. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna to instytucja wspierająca dzieci, młodzież i ich rodziny w trudnościach wychowawczych, edukacyjnych oraz emocjonalnych. W kontekście rodzin dysfunkcyjnych, zwłaszcza dotkniętych problemem alkoholowym, działalność poradni koncentruje się na kilku obszarach:
- Diagnozowaniu i rozpoznawaniu problemów,
 - Wsparciu psychologicznym i terapeutycznym,
 - Wsparciu dla rodziców i opiekunów,

- Działaniach profilaktycznych i edukacyjnych,
 - Współpracy instytucjonalnej, tzn.: koordynacji i działań z sądami rodzinnymi, ośrodkami pomocy społecznej, placówkami opiekuńczymi i poradniami leczenia uzależnień oraz włączaniu rodzin w system wsparcia instytucjonalnego, aby przeciwdziałać izolacji i bezradności.
8. Caritas Diecezji Radomskiej. Caritas Diecezji Radomskiej jest organizacją charytatywną Kościoła katolickiego, która podejmuje szereg działań mających na celu niesienie pomocy najbardziej potrzebującym. Działalność obejmuje szerokie spektrum działań pomocowych, edukacyjnych oraz integracyjnych, których celem jest poprawa jakości życia osób w trudnej sytuacji życiowej zarówno na terenie diecezji, jak i poza jej granicami. Dzięki wsparciu darczyńców, wolontariuszy oraz instytucji partnerskich realizowane są statutowe zadania w sposób skuteczny i profesjonalny. Caritas Diecezji Radomskiej wspiera rodziny alkoholowe i otacza opieką dzieci alkoholików, dostosowując formy i zakres pomocy do indywidualnych potrzeb.
 9. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu. Pomoc społeczna w Polsce zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, jest instytucją polityki społecznej mającą na celu pomoc osobom i rodzinom w przezwyciężaniu trudności życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. W ramach systemu pomocy społecznej wyróżnia się pomoc instytucji opiekuńczych typu domy pomocy społecznej, świetlice środowiskowe, ośrodki pobytu dziennego oraz pomoc materialną i rzeczową. Celem pomocy społecznej jest wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwianie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomoc społeczna stara się doprowadzić do usamodzielnienia się osób i rodzin, ich integracji ze środowiskiem oraz zapobieganie powstawaniu trudnych sytuacji życiowych. Współpracuje MOPS z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, osobami fizycznymi i prawnymi, kuratorami rodzinnymi, a także z policją. MOPS w Radomiu sprawuje opiekę nad rodzinami alkoholowymi i dziećmi alkoholików, przyznając im adekwatną do indywidualnej sytuacji pomoc i monitorując funkcjonowanie takich rodzin.
 10. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień (OPiTU). Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień to jednostka specjalistyczna, która zajmuje się kompleksowym wsparciem osób dotkniętych problemem uzależnień, ich rodzin oraz środowisk

społecznych, w których te osoby funkcjonują. Działalność ośrodka obejmuje profilaktykę, jak i terapię uzależnień. Cele te realizowane są w sposób interdyscyplinarny, obejmujący aspekty psychologiczne, pedagogiczne, socjalne i zdrowotne. Główne obszary działalności OPiT-u to: terapia uzależnień, profilaktyka uzależnień, wsparcie rodzin i środowiska, współpraca interdyscyplinarna, diagnoza i monitoring uzależnień. Działania ośrodka mają na celu:

- Ograniczenie skutków zdrowotnych, społecznych i psychicznych związanych z uzależnieniami,
- Wspieranie rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym,
- Promowanie odpowiedzialnych postaw wobec substancji psychoaktywnych,
- Wzmacnianie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych w rodzinach zagrożonych problemem uzależnień.

Ośrodek działa z wyznaczonymi grupami:

- Osoby dorosłe uzależnione od alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji psychoaktywnych,
- Rodziny osób uzależnionych, w tym dzieci i młodzież,
- Dzieci i młodzież z rodzin ryzyka (DDA, DDD – dzieci doświadczające dysfunkcji),
- Nauczyciele, pedagodzy i inni specjaliści pracujący z dziećmi i młodzieżą.

Autorka rozprawy napotkała w trakcie prowadzonych badań na bariery natury instytucjonalnej i personalnej. Odniosła wrażenie, że zarządzający instytucjami, które są związane z dziećmi z rodzin alkoholowych unikają współpracy z osobami, które prowadzą badania w tym zakresie. Nie można kwestionować faktu, że rodziny alkoholowe są tematem drażliwym, ale tym bardziej prowadzenie badań mających na celu zidentyfikowanie, w jaki sposób funkcjonują dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w środowisku szkolnym, powinno być traktowane priorytetowo przez instytucje takie jak szkoła, Poradnie Psychologiczno- Pedagogiczne, MOPS, czy Sąd rodzinny. Szkoły wręcz wykazują lęk przed udostępnieniem informacji o dzieciach z rodzin z problemem alkoholowym w aspekcie ich funkcjonowania w środowisku szkolnym.

Autorce rozprawy dużą trudność sprawiło uzyskanie psychorysunków w klasach 1-3, a także przeprowadzenie wywiadów z uczniami w grupie wiekowej od 11 do 17 roku życia. Nauczyciele wykazują postawę unikową, nie chcą się angażować w tematy trudne

i kontrowersyjne, które dotyczą rodzin z problemem alkoholowym. Nie chcą ingerować w środowisko rodzinne, z których dzieci mają trudności w szkole i identyfikować ich źródła.

Spostrzeżenia własne autorki rozprawy potwierdziła rozmowa z kuratorem rodzinnym, który wykazał zaangażowanie i empatię we współpracy. Zdaniem kuratora rodzinnego nauczyciele i szkoła nie chcą się angażować w problemy trudne, a takim niewątpliwie jest alkoholizm. Często ignorują niepokojące symptomy u dzieci, które mogą wskazywać, że wychowują się w środowisku dysfunkcyjnym – niewydolnym wychowawczo. Są sytuacje, gdy dopiero eskalacja problemów dziecka w środowisku szkolnym zmusza nauczycieli do zainteresowania się i podjęcia procedur, obarczają szkołę. Synonimem współczesnych czasów jest unikanie przez szkołę tematów trudnych, takich jak: alkoholizm, depresja, rozwód rodziców, samobójstwa, uzależnienia dzieci i młodzieży. Szkoła dysponuje opracowanymi programami profilaktycznymi, ale pozostają one teoretycznie na papierze. Praktyka natomiast wykazuje niepokojący brak angażowania się w pomoc dzieciom, które żyją w rodzinach obciążonych dysfunkcjami.

ROZDZIAŁ V

FUNKCJONOWANIE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Poczucie własnej wartości a funkcjonowanie dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły

Poczucie własnej wartości dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły poddano analizie odwołując się do indywidualnych przypadków.

W pracy badawczej posłużono się także metodą indywidualnych przypadków, która pozwala poprzez zapóźnienie się z sytuacją jednostki z określonego środowiska – rodzin z problemem alkoholowych, ustalić główne zagrożenia dla rozwoju psychofizycznego i społecznego dzieci wychowujących się w takich warunkach. Na walory badawcze i profilaktyczne metody indywidualnych przypadków zwróciła uwagę Skałbiana (2011, s. 75) pisząc, że „metoda ta jest stosowana w razie konieczności udzielania pomocy, jak również w ujęciu metodologicznym. Wyniki badań przy zastosowaniu tej metody pomagają usprawnić działania terapeutyczne, wychowawcze czy profilaktyczne. Istota metody to zebranie informacji na temat danej osoby i jej rozwoju psychoruchowego, fizycznego, intelektualnego, funkcjonowania szkolnego, rodzinnego, społecznego i historii rozwoju przebiegu edukacji. Dane te gromadzi się wykorzystując dostępne techniki: rozmowę, wywiad, analizę dokumentów, obserwację uczestnika”.

Struktura badania metodą indywidualnych przypadków zawiera etapy postępowania diagnostycznego, tzn.:

- identyfikację problemu (zarejestrowanie zachowań wskazujących na istnienie trudności),
- genezę i dynamikę zjawiska (próbę ustalenia przyczyn, postawienie wstępnej hipotezy),
- znaczenie problemu dla rozwoju dziecka (określenie wpływu danego problemu na proces funkcjonowania ucznia w realizacji określonych ról społecznych),
- prognozę pozytywną i negatywną (kierunek rozwoju zjawiska w wypadku udzielenia pomocy i w wypadku braku takiej pomocy),

- proponowane rozwiązania (rozpoznanie problemu wymagającego zmiany i zobligowanie nauczyciela do opracowania programu pomocowego),
- sposoby wdrażania oddziaływań naprawczych (konkretne strategie w planowaniu etapów naprawy),
- ocenę skuteczności wdrożonych oddziaływań (monitorowanie przebiegu procesu dochodzenia do pożądanej zmiany), stwarzanie możliwości, które modyfikują przyjęte plany i strategie w przypadku niezadowolających wyników (Skałbani, 2011, s. 75-76).

Pierwsze studium przypadku dotyczy Weroniki lat 11. W studium przypadku – Weronika, lat 11, zgromadzono i poddano analizie następujące dane:

Dane ogólne:

Weronika ma 11 lat i mieszka w Radomiu. Pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym. Ojciec dziecka jest nieznany. Dziewczynka mieszka z matką Dorotą (47 lat), bratem Kacprem (17 lat) oraz babcią, która pełni funkcję głównego opiekuna. Matka od wielu lat nadużywa alkoholu, była wielokrotnie kierowana na leczenie odwykowe, jednak bezskutecznie. Nie pracuje zawodowo i nie podejmuje działań opiekuńczo-wychowawczych wobec dzieci.

Opis sytuacji rodzinnej:

Matka Weroniki często pojawia się w domu pod wpływem alkoholu. W takich sytuacjach nie jest wpuszczana do mieszkania przez babcię, ani przez dzieci. Zdarza się, że nocuje na wycieraczce przed drzwiami wejściowymi. Brat Weroniki, Kacper, przejawia silne negatywne emocje wobec matki - obwiniają o złą sytuację domową, brak odpowiedzialności i nadużywanie alkoholu. W przeszłości dochodziło z jego strony do aktów przemocy wobec matki, co należy traktować jako niepokojący sygnał wynikający z napięcia i bezradności. Babcia, jako jedyna osoba dorosła w pełni sprawująca opiekę nad dziećmi, stara się zabezpieczać podstawowe potrzeby wnuków. Mimo to, rodzina funkcjonuje w warunkach silnego stresu, przemocy emocjonalnej i dezorganizacji.

Funkcjonowanie dziecka:

Weronika wykazuje symptomy parentyfikacji – przedwcześnie przyjęła na siebie obowiązki dorosłego, pomagając w prowadzeniu domu, robieniu zakupów oraz opiece nad matką w okresach jej trzeźwości. Dziewczynka jest wzorową uczennicą, odpowiedzialną i podporządkowaną. Równocześnie cechuje ją izolacja społeczna – ma wąskie grono koleżanek, nie uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych ani nie bierze udziału w zabawach

rówieśniczych. Jej dzieciństwo uległo poważnemu ograniczeniu, a funkcje rozwojowe zostały zastąpione przez konieczność adaptacji do kryzysowej sytuacji rodzinnej.

Analiza pedagogiczno-społeczna.

Zagrożenia dla rozwoju dziewczynki:

- Zaburzenie rozwoju emocjonalno-społecznego,
- Trwałe wejście w rolę dorosłego – zatarcie granic między dzieckiem a opiekunem,
- Brak bezpieczeństwa psychicznego,
- Ryzyko zaburzeń psychosomatycznych (lęk, depresja, niskie poczucie własnej wartości),
- Utrwalanie nieadaptacyjnych wzorców rodzinnych,

Zasoby dziewczynki środowiskowe i osobowościowe:

- Obecność opiekuńczej babci,
- Wysokie kompetencje szkolne,
- Potencjał intelektualny i rozwinięte poczucie obowiązku,
- Chęć wspierania innych i zdolność do samodzielności.

Zalecenia wspierające rozwój dziewczynki:

- Terapia indywidualna dla dziecka – wsparcie psychologiczne w celu obniżenia napięcia emocjonalnego oraz umożliwienie dziecku odzyskania przestrzeni do dzieciństwa.
- Współpraca ze szkołą – uwrażliwienie wychowawcy i pedagoga szkolnego na sytuację rodzinną Weroniki, objęcie dziewczynki pomocą psychologiczno-pedagogiczną.
- Pomoc instytucjonalna – zgłoszenie sytuacji do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, objęcie rodziny pomocą asystenta rodziny lub interwencją kuratora sądowego.
- Wsparcie dla członków rodziny – terapia lub poradnictwo dla brata i babci w celu przeciwdziałania przemocy i przeciążeniu opiekuńczemu.
- Zachęcanie dziecka do uczestnictwa w zajęciach integracyjnych – udział w grupach wsparcia dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, warsztatach rozwojowych, czy zajęciach pozalekcyjnych.

Podjęte działania wobec dziewczynki mogą przynieść pozytywne prognozy dla jej rozwoju psychofizycznego i funkcjonowania społecznego, o ile osoby prowadzące je zadbają z całą starannością i profesjonalizmem nad realizacją sformułowanych zaleceń.

W przypadku zaniedbań w realizacji zaleceń dziewczynka może przejawiać problemy osobowościowe, które są efektem traumatycznego dzieciństwa i pozbawienia jej radości bycia dzieckiem – „beztroski dzieciństwa”. W przypadku Weroniki lat 11, zachodzi potrzeba monitorowania jej sytuacji rodzinnej oraz integracji jej ze środowiskiem szkolnym. Dziewczynka posiada potencjał intelektualny i dlatego należy wzmacniać jej poczucie wartości, co będzie miało bezpośrednie przełożenie na jej dobrostan psychiczny.

Należy monitorować jak działania terapeutyczne i opieka psychologiczna wpłynęły na funkcjonowanie babci i brata w aspekcie jakości życia rodzinnego. W stosunku do matki – alkoholiczki, decyzją sądu powinny zostać podjęte radykalne działania, które odizolują ją od rodziny, dla której jest ona zagrożeniem. Pod uwagę należy brać: umieszczenie kobiety na przymusowym leczeniu odwykowym w oddziale zamkniętym szpitala specjalistycznego, gdzie zostanie otoczona opieką specjalistów m.in. psychiatry, psychologa; kolejnym działaniem, o ile w zachowaniu kobiety nie dojdzie do zmian powinna być eksmisja i opieka nad nią MOPS.

Drugie studium przypadku dotyczy Zuzanny, lat 13.

Dane ogólne:

Zuzanna lat 13, mieszka w Radomiu. Jest uczennicą klasy VII szkoły podstawowej. Jej rodzice są rozwiedzeni.

Opis sytuacji rodzinnej:

Zuzia mieszka obecnie z matką, panią Martyną (lat 38), w Radomiu. Przed rozwodem rodziców dziewczynka mieszkała z obojgiem rodziców w Warszawie. Ojciec, pan Dariusz (lat 42), po rozwodzie założył nową rodzinę i obecnie widuje się z córką sporadycznie w weekendy. Matka powróciła po rozwodzie do rodzinnego miasta, gdzie podjęła próbę ułożenia życia na nowo. W trakcie trwania małżeństwa oboje rodzice byli zawodowo aktywni – matka pracowała jako architekt wnętrz, ojciec pełnił funkcję kierowniczą w dużej firmie. Pomimo stabilności finansowej i wysokiego statusu społecznego, życie rodzinne naznaczone było brakiem zaangażowania rodziców w codzienne sprawy córki oraz licznymi imprezami towarzyskimi, często z udziałem alkoholu. Zuzia była świadkiem takich wydarzeń, co miało wpływ na jej poczucie bezpieczeństwa i obraz życia rodzinnego. Po rozwodzie matka nie zmieniła swojego stylu życia – wciąż prowadzi życie towarzyskie, a używanie alkoholu stało się bardziej intensywne. Często zamienia symboliczny kieliszek wina na drinki zawierające mocniejszy alkohol (whisky, wódka). Pani Martyna spędza z córką niewiele czasu, koncentrując się na pracy lub imprezowaniu, co wskazuje na mechanizm ucieczki od codziennych trudności poprzez używki.

Funkcjonowanie dziecka:

Zmiana miejsca zamieszkania i środowiska szkolnego była dla Zuzi dużym wyzwaniem. Musiała odnaleźć się w nowym środowisku rówieśniczym i przystosować do wymagań nowej szkoły. Brak wsparcia emocjonalnego ze strony rodziców spowodował, że dziewczynka zaczęła doświadczać stanów depresyjnych, poczucia samotności i odrzucenia. W środowisku szkolnym Zuzia jest wycofana, cicha, ma trudności z nawiązywaniem kontaktów. Poszukując bliskości i zrozumienia, zaczęła szukać przyjaźni poza szkołą, niestety nie zawsze w dobrym towarzystwie. Obserwuje się u niej obniżony nastrój, brak motywacji oraz trudności z koncentracją. Dziewczynka korzysta obecnie z pomocy psychologicznej. Jest to reakcja na sytuację kryzysową związaną z rozpadem rodziny, zmianą otoczenia oraz brakiem więzi i wsparcia ze strony matki i ojca.

Analiza pedagogiczno-społeczna:

- Zespół zaburzeń adaptacyjnych (reakcja na stres związany z rozwodem, zmianą środowiska, brakiem więzi rodzinnych),
- Poczucie osamotnienia i odrzucenia,
- Możliwe początki depresji,
- Niskie poczucie własnej wartości,
- Ryzyko wejścia w środowisko rówieśnicze o negatywnym wpływie,

Zalecenia wspierające rozwój dziewczynki:

- Terapia indywidualna dla Zuzi – kontynuacja pracy z psychologiem, skupienie się na budowaniu poczucia własnej wartości, odreagowywaniu emocji oraz rozwijaniu umiejętności społecznych,
- Wsparcie środowiskowe w szkole – włączenie pedagoga i wychowawcy klasy w proces pomocy, stworzenie bezpiecznej przestrzeni w szkole, możliwość uczestnictwa w zajęciach integracyjnych i rozwijających zainteresowania,
- Terapia dla matki lub rodziny – zalecana terapia uzależnień lub wsparcie psychologiczne dla matki w zakresie radzenia sobie ze stresem i nadużywaniem alkoholu,
- Budowanie relacji z ojcem – jeżeli możliwe, warto zwiększyć częstotliwość i jakość kontaktu Zuzi z ojcem jako potencjalnym źródłem wsparcia,
- Monitorowanie środowiska rówieśniczego – pomoc w rozpoznaniu pozytywnych wzorców i bezpiecznych relacji społecznych.

Podjęte działania mające na celu wsparcie dziewczynki mogą dać pozytywne prognozy dla jej rozwoju psychofizycznego, o ile będą one realizowane rzetelnie, a sytuacja domowa dziewczynki będzie monitorowana. Rozwód rodziców i alkoholizm matki, jej egocentryzm i brak zainteresowania córką może spowodować u dziewczynki pogłębiające się stany depresyjne szczególnie przy jej niskim poczuciu własnej wartości. Biorąc pod uwagę sytuację domową dziewczynki i brak chęci ze strony matki do zmiany zachowań – stylu życia, gdzie alkohol stał się nieodłącznym dodatkiem do jej życia, należy za pośrednictwem psychologa podjąć rozmowy z ojcem, który o ile nie jest osobą uzależnioną od alkoholu, powinien przejąć nawet czasową opiekę nad Zuzią. Dla dziewczynki i jej rozwoju psychofizycznego i społecznego przebywanie dalsze z matką alkoholizką jest zagrożeniem. Należy zastanowić się czy z ojcem i jego nową rodziną dziewczynka mogłaby zbudować pozytywne relacje.

W aspekcie prognozy negatywnej, o ile Zuzia nie otrzyma wsparcia w postaci zdecydowanych działań pomocowych, to może ona ze stanu wczesnej depresji popaść w depresję głęboką, które może prowadzić do izolacji psychicznej i fizycznej od otoczenia, a także prób samobójczych, gdy dziewczynka uzna, że nikt jej nie kocha i nie potrzebuje, że jest sama. Dziewczynka może też iść w ślady matki i uzależnić się od alkoholu lub środków psychotropowych czy narkotyków, aby nie myśleć o swojej sytuacji, „na jakiś czas wyłączyć się” z rzeczywistości, która ją przytłacza i gdzie jest sama. Przypadek Zuzi pokazuje, jak ważne jest budowanie poczucia własnej wartości u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, aby mogły one efektywnie mierzyć się z problemami dnia codziennego.

Trzecie studium przypadku dotyczy Bartka lat 14, ucznia szkoły podstawowej w Radomiu.

Dane ogólne:

Chłopiec ma troje przyrodniego rodzeństwa w wieku: brat – 6 lat, siostra – 8 lat i siostra – 10 lat. Nie zna swojego biologicznego ojca, ponieważ matka zaszła w ciążę na imprezie, gdy miała 19 lat z przypadkowym chłopakiem. Nigdy nie podjęła próby ustalenia ojcostwa. Sama jest dzieckiem alkoholików, którzy nie wykazywali zainteresowania córką.

Opis sytuacji rodzinnej:

Obecnie Bartek mieszka z matką (lat 33) i jej konkubentem, który jest ojcem jego przyrodniego rodzeństwa. Matka nie pracuje, korzysta z pomocy MOPS. Jej konkubent prowadzi własną działalność budowlano-remontową. Matką często sięga po alkohol, a dom jest zaniedbany. Jest to powodem częstych kłótni jej i konkubenta, który sporadycznie sięga po alkohol i stara się zapewnić materialnie podstawowe potrzeby dla domu i dzieci.

Natomiast nie poświęca im uwagi i sporadycznie się nimi zajmuje. Chłopiec jest traktowany w domu jako obciążenie, jego sytuacja jest trudna, doświadcza on przemocy fizycznej i psychicznej ze strony matki, stąd parę razy uciekał z domu, a w szkole wagarował.

Funkcjonowanie dziecka:

Sytuacja rodzinna Bartka powoduje, że ma problemy w szkole zarówno w nauce, jak i relacjach z rówieśnikami, którzy izolują go ze względu na jego zewnętrzne oznaki zaniedbania (zniszczone ubrania, nieestetyczny wygląd), a także posiadaną wiedzę o jego środowisku rodzinnym. W domu Bartek musi zajmować się przyrodnim rodzeństwem, sprzątać, robić zakupy, czy nawet podnosić z podłogi pijaną matkę na łóżko. Chłopiec nie jest traktowany jak dziecko, ani nie ma tzw. dzieciństwa. Wczesne zaniedbania w nauce, brak też pomocy dla chłopca ze strony szkoły, gdy pojawiły się pierwsze problemy w nauce skutkujące negatywnymi ocenami sprawiły, że obecnie sam nie potrafi wielokrotnie wykonać poleceń nauczyciela przy tablicy z matematyki, czy języka angielskiego. W bieżącym roku szkolnym w klasie u Bartka zmieniła się wychowawczyni, która po zdiagnozowaniu sytuacji chłopca podjęła stosowne działania, aby mu pomóc.

Analiza pedagogiczno-społeczna:

- Zespół zaburzeń adaptacyjnych (reakcja na stres związany z codziennym funkcjonowaniem w rodzinie, gdzie matka się upija, brak więzi rodzinnych i poczucia bezpieczeństwa),
- Poczucie osamotnienia, przeciążenie obowiązkami domowymi, przejmowanie funkcji matki alkoholiczki,
- Prawdopodobne zaburzenia depresyjne będące efektem nadmiernego obciążenia obowiązkami domowymi, a także niepowodzeniami w szkole,
- Niskie poczucie własnej wartości, syndrom dziecka niechcianego.

Zalecenia wspierające rozwój chłopca:

- Terapia indywidualna dla Bartka, rozwijanie u chłopca kompetencji społecznych i poczucia własnej wartości,
- Wspieranie środowiskowe w szkole – zorganizowanie przez wychowawczynię pomocy dla chłopca w postaci dodatkowych zajęć społecznie z nauczycielami, z przedmiotów, gdzie Bartek jest zagrożony i ma negatywne oceny
- Monitorowanie przez pedagoga i psychologa szkolnego sytuacji rodzinnej chłopca, wezwanie matki do szkoły oraz pracownika MOPS w celu ustalenia zasad opieki nad Bartkiem i podjęcia działań naprawczych w opiece rodzicielskiej.

Reakcja wychowawczyni Bartka pozwala na postawienie pozytywnej prognozy dla rozwoju psychofizycznego chłopca, ponieważ udzielana już jest mu określona pomoc, która ma zmienić jego funkcjonowanie w środowisku szkolnym, a także rodzinnym. MOPS ma wyznaczyć dla rodziny tzw. asystenta, który będzie bezpośrednio monitorował sytuację w środowisku rodzinnym Bartka i jego przyrodniego rodzeństwa. Matce zaproponowano poddanie się leczeniu, na co wyraziła zgodę. Ponadto cała rodzina ma być objęta terapią psychologiczną. W aspekcie prognozy negatywnej, o ile z należytą starannością nie będzie monitorowana sytuacja rodzinna i szkolna Bartka, oraz nie zostaną wdrożone procedury naprawcze, to chłopiec znowu będzie się zmagał z problemami zarówno w domu, jak i w szkole. Pozytywną postawę wykazał konkubent matki, który zadeklarował uczestnictwo w terapii psychologicznej i zrozumiał, że Bartek potrzebuje pomocy z jego strony, a także akceptacji.

Czwarte stadium przypadku dotyczy Aleksandry lat 8. W studium przypadku zgromadzono i poddano analizie następujące dane.

Dane ogólne:

Aleksandra mieszka w Radomiu z rodzicami: matką (lat 39), która jest położną i pracuje w szpitalu i ojcem (lat 48), który przez wiele lat był cenionym adwokatem z własną kancelarią prawną, niestety ostatnie 3 lata i coraz intensywniejsze picie przez niego alkoholu spowodowały, że nie był już w stanie dalej pracować (przychodził pijany nawet na sprawy do sądu, gdzie miał reprezentować klientów). Wyznawana przez niego zasada, że „to nie wódka rządzi nim, ale on nią” doprowadziła go do zawodowej katastrofy. Obecnie nie pracuje, co powoduje u niego frustrację i skutkuje, że prawie codziennie pije, dodatkowo po alkoholu zaczął być agresywny słownie, w stosunku do żony i córki. Na razie korzysta ze zgromadzonego majątku, a prowadzenie kancelarii przekazał jednemu z adwokatów, który z nim pracował. Kancelaria jeszcze działa. Przyszłość rodziny stanęła pod znakiem zapytania, a wcześniejsze poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji zmieniło się w wielką niepewność o każdy następny dzień.

Opis sytuacji rodzinnej:

Matka Aleksandry stała się nerwowa, co odbiło się na jej traktowaniu córki, często na nią krzyczy, nakazuje jej iść do swojego pokoju i tam siedzieć. Dziewczynka jest zdezorientowana, ale ma świadomość, że coś złego dzieje się w jej domu, widzi zmiany w zachowaniu ojca i matki. Jest też świadkiem ich awantur. W szkole dziewczynka stroni od rówieśników, jest milcząca, wycofana emocjonalnie, nie chce wchodzić w relacje interpersonalne. Nie jest aktywna w trakcie zajęć, zadawane prace wykonuje mało starannie,

sama nie zgłasza się do odpowiedzi, a wywołana przez nauczycielkę odpowiada niechętnie. Bywa apatyczna, zamyślona, w trakcie przerw albo zostaje w klasie i siedzi w ławce, albo stoi na korytarzu pod ścianą.

Zagrożenia dla rozwoju dziewczynki:

- Zaburzenia rozwoju emocjonalno-społecznego,
- Brak bezpieczeństwa psychicznego,
- Duże ryzyko zaburzeń psychosomatycznych (depresja, obniżone poczucie własnej wartości, wstyd).

Zasoby dziewczynki środowiskowe i osobowościowe:

- Potencjał intelektualny, którego nie chce wykorzystywać, duży zasób wiedzy, którą nie chce się dzielić,
- Matka po rozmowach z wychowawczynią zrozumiała, że ich rodzina ma problem, który negatywnie oddziałuje na córkę oraz, że należy podjąć działania terapeutyczne w stosunku do Aleksandry i ich rodziny. Matce trudno było się przełamać i podjąć współpracę z wychowawczynią córki, ponieważ ma silne poczucie wstydu, że jej mąż jest alkoholikiem. Nie może pogodzić się z faktem, że alkoholizm męża zniszczył spokojne i dostatnie życie ich rodziny oraz stał się powodem plotek i złośliwych komentarzy w środowisku.

Zalecenia wspierające rozwój dziewczynki:

- Terapia indywidualna dla dziecka – wsparcie psychologiczne w celu przywrócenia równowagi emocjonalnej i odzyskania przestrzeni do dzieciństwa,
- Objęcie w szkole przez wychowawcę, pedagoga i psychologa Aleksandrę pomocą psychologiczno-pedagogiczną, wspieranie dziewczynki w jej integracji z rówieśnikami, stania się aktywną na zajęciach,
- Objęcie rodziny terapią psychologiczną, konieczność przekonania ojca dziewczynki do podjęcia leczenia.

W aspekcie prognozy pozytywnej sytuacja Aleksandry może ulec dobrej zmianie o ile ojciec i matka podejmą działania naprawcze i będą je odpowiedzialnie realizować (tzn. terapia indywidualna dla matki, terapia indywidualna dla ojca oraz jego bezwarunkowe leczenie odwykowe). W prognozie negatywnej należy brać pod uwagę sytuację rozvodu rodziców Aleksandry, o ile ojciec nie przestanie pić i nie zrozumie, że alkoholizm jest chorobą, z którą należy walczyć i bezwzględnie poddać się rygorom leczenia, a także terapii. Biorąc pod uwagę, że były sytuacje agresywnych słownych zachowań ojca dziewczynki

w stosunku do żony i córki może rozwód być formą ochrony ich obu przed eskalacją zachowań agresywnych (np. przemocy fizycznej). Rozwód rodziców mógłby wpłynąć negatywnie na rozwój psychofizyczny dziewczynki, ponieważ kocha ona oboje rodziców, a już obecnie odczuwa silny lęk o swoją rodzinę.

Należy zauważyć, że problem alkoholizmu w rodzinach z tzw. pozycją społeczną jest trudny do zdiagnozowania i podejmowania działań mających na celu jego rozwiązanie. Dlatego też, w rodzinach takich jak Aleksandry problem ten jest ukrywany w obawie przed reakcją środowiska, którego mentalność pokazuje, że zamiast wspierać takie osoby, to się je dodatkowo „niszczy” plotkami, złośliwymi komentarzami, do głosu dochodzą niskie instynkty ludzkiej zawiści – zazdrości oraz satysfakcja, że „im coś nie wyszło, a mieli wszystko”. Problem alkoholizmu poza kontekstem medycznym, pedagogicznym i psychologicznym należy rozpatrywać w pogłębionej analizie kulturowej świadomości społecznej i jej uwarunkowań.

Jako piąte studium przypadku zaprezentowano studium przypadku DDA. Studium przypadku dotyczące Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA) jest osobistym odniesieniem się autorki jej życia w rodzinie z problemem alkoholowym, swoistą autorefleksją nad bagażem przeżyć i emocjonalnych obciążeń, z których nie udaje się wyjść nawet w życiu dorosłym. Bycie dzieckiem alkoholika jest jak „cień” podążający za człowiekiem, który skrywa mroczną przeszłość, traumę z którą się walczy, ale nigdy nie zapomina.

Dane ogólne:

Anna, lat 46. Analizowany okres życia – dzieciństwo (wiek 4-17 lat).

Opis sytuacji rodzinnej:

Anna urodziła się w rodzinie z problemem alkoholowym. W wieku 10 miesięcy zmarła jej matka. Ojciec, będący osobą uzależnioną od alkoholu, zmarł, gdy Anna miała 4 lata. Po jego śmierci trafiła do rodziny zastępczej – rodziny siostry matki (ciotki), gdzie wychowywała się do ukończenia szkoły średniej. Rodzina zastępcza nie była wolna od dysfunkcji – wujek również nadużywał alkoholu, a ciotka, mimo wykonywania zawodu nauczycielki, nie okazywała dziecku ciepła ani wsparcia emocjonalnego. Dziewczynka nie była przytulana, nie słyszała słów wyrażających miłość ani troskę. Wychowywała się wśród biologicznych dzieci ciotki, co mogło pogłębiać poczucie odrzucenia i bycia „inną”.

Analiza psychopedagogiczna funkcjonowania:

- Poczucie osamotnienia i odrzucenia. Brak więzi emocjonalnej z rodzicami (utraconymi na wczesnym etapie życia), a następnie z opiekunami zastępczymi, wywołał u dziecka głęboko zakorzenione poczucie braku przynależności

i osamotnienia. Brak przytulania, komunikatów emocjonalnych i bliskości fizycznej oznacza, że podstawowe potrzeby emocjonalne dziecka (miłość, bezpieczeństwo, akceptacja) nie były zaspokojone.

- Zaburzona więź (styl przywiązania). Anna najprawdopodobniej wytworzyła lękowo-unikający styl przywiązania. Nie doświadczając stabilnej i bezpiecznej relacji z żadnym z opiekunów, nauczyła się tłumić emocje, dystansować się i radzić sobie sama, nie licząc na pomoc z zewnątrz. To mogło prowadzić do nadmiernego koncentrowania się na osiągnięciach jako sposobie kompensacji braku miłości.
- Nadmierna odpowiedzialność i potrzeba kontroli Dzieci z rodzin alkoholowych często przedwcześnie dojrzewają emocjonalnie. Anna mogła przyjąć rolę „dzielnej dziewczynki”, nie sprawiającej problemów, podporządkowanej, odpowiedzialnej – by nie być „ciężarem”. Taka postawa często skutkuje przewlekłym napięciem, poczuciem winy, lękiem przed błędami oraz trudnościami z odpoczynkiem i relaksacją,
- Brak poczucia własnej wartości. Brak afirmacji, porównań do biologicznych dzieci ciotki, wychowanie bez słów uznania - to wszystko wpływało na niską samoocenę i ciągłą potrzebę udowadniania swojej wartości poprzez perfekcjonizm, ambicje szkolne, a później zawodowe. To mogło przełożyć się na wewnętrzny przymus osiągania sukcesów – nie jako forma satysfakcji, ale jako „rekompensata” za wewnętrzne poczucie bycia nie dość dobrą.
- Tłumienie emocji. Brak przestrzeni do wyrażania emocji, zwłaszcza złości, smutku czy frustracji, nauczył Annę ich tłumienia. Taka postawa często prowadzi do psychosomatyki (ból, napięcia), problemów z bliskością emocjonalną i trudnościami w relacjach interpersonalnych.
- Lęk przed porzuceniem. Wczesna utrata rodziców oraz emocjonalna obojętność ze strony opiekunów mogły skutkować głębokim lękiem przed opuszczeniem – w dzieciństwie i w dorosłości. Może on objawiać się m.in. nadmierną potrzebą kontroli relacji lub – przeciwnie – unikaniem głębszych więzi z obawy przed zranieniem.

Ocena stanu emocjonalnego dziecka (Anna jako dziewczynka):

Anna jako dziecko była emocjonalnie zaniedbana, wychowana w środowisku, które nie zaspokajało jej podstawowych potrzeb psychicznych: miłości, bezpieczeństwa, przynależności. Z dużym prawdopodobieństwem cierpiała na chroniczne poczucie

osamotnienia, lęku i niskiej wartości. Jej dzieciństwo naznaczone było brakiem stabilności, przewidywalności i emocjonalnego wsparcia, co wpłynęło na wykształcenie szeregu mechanizmów obronnych typowych dla Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA).

Przypadek Anny – DDA w aspekcie doświadczeń z dzieciństwa w retrospekcji do terażniejszości pokazuje, że bycie dzieckiem alkoholika/alkoholiczki, zawsze naznacza swoim „piętnem” na całe życie. Jest ona przykładem, że priorytetową rolę w funkcjonowaniu psychofizycznym i społecznym ma dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym budowanie u nich poczucia własnej wartości, tożsamości Ja i kompetencji samooceny. Samoświadomość skutków przeżyć z dzieciństwa i młodości na ogólne funkcjonowanie, pozwala dorosłej (DDA) na poszukiwanie wsparcia oraz poddawanie się terapii psychologicznej. Pomoc psychologiczna jest dla DDA podstawą do uporządkowania swojego życia rodzinnego oraz zawodowego, a także przewartościowania konstruktów osobowościowego.

Poczucie własnej wartości dzieci z rodzin alkoholowych mogą przybliżyć i pozwolić poddać ocenie wykonywane przez nie rysunki. Dzieci młodsze często wyrażają swoje emocje i ukazują swoje najbliższe otoczenie poprzez rysunki. Jedną z procedur badawczych był psychorysunek – rysunki dzieci z klas I-III szkoły podstawowej pt „Moja rodzina”. Dzieci chętnie w poradni psychologiczno-pedagogicznej poproszono o wykonanie rysunku (rysunków), gdzie miały pokazać:

1. Z ilu osób składa się moja rodzina
2. Spędzanie wolnego czasu z rodziną
3. Moje miejsce do spania, nauki, zabawy (mój kąt w domu)
4. Co najbardziej lubię w swojej rodzinie (np. wspólne jedzenie lodów, wspólne oglądanie bajek, wspólny spacer, wycieczki itp.)

W diagnostyce psychopedagogicznej Jarosz i Wysocka (2006, s. 335) wskazują, że „Rysunek Rodziny” pokazuje osobę badaną na tle rodziny tzn. w rzeczywistości rodzinnej. Stanowi projekcyjną metodę badania stosunków rodzinnych albo stopnia przystosowania dziecka do środowiska rodzinnego. Przeznaczona dla dzieci od 5-6 do 11 r.ż. służy diagnozie rodziny, ocenie efektów terapii rodziny, dynamiki obrazu rodziny w percepcji dziecka.

Metoda ta opiera się na założeniu, że rysunki dziecka, lepiej niż inne techniki graficzne, pozwalają uchwycić istotę badanego problemu, a forma zadania, które musi wykonać dziecko, tzn. rysunek, jest najbardziej adekwatna do naturalnej ekspresji dziecka, a więc jest ono mniej emocjonalnie obciążone w trakcie badania.

Autorki zwracają uwagę, że interpretacja rysunku rodziny, w mniejszym czy większym stopniu, oparta jest na klasycznej, psychoanalitycznej teorii projekcji. Brak jest ścisłych teoretycznych podstaw i standaryzacji, natomiast ma miejsce subiektywizm ocen i interpretacji (Jarosz i Wysocka, 2006, s. 335).

Corman wskazał trzy podstawowe elementy rysunku podlegające interpretacji:

- poziom graficzny (obejmuj rozległość, siłę i ekspansywność linii, wielkość przestrzeni zajmowaną przez rysunek, rozmieszczenie poszczególnych elementów w zajmowanej przestrzeni),
- poziom struktur formalnych (dokładność wykonania rysunku),
- poziom treści (wiąże się z oceną subiektywnej wizji własnej rodziny i relacji pomiędzy poszczególnymi jej członkami) (Jarosz i Wysocka, 2006, s. 338).

Ponadto Corman odnosząc się do relacji wewnątrzrodzinnych analizie poddał:

- centralność postaci (postać rysowana w pierwszej kolejności, z lewej strony kartki, powiększona, narysowana bardziej starannie niż inne, bardziej ozdobiona, na którą skierowane są spojrzenia innych postaci: wskazuje to na identyfikowanie się z tą postacią, której znaczenie podkreślane jest też w rozmowie),
- dewaloryzowanie postaci (postać rysowana w ostatniej kolejności, pominięta na rysunku, zmniejszona, izolowana (położona daleko od innych), narysowana mniej starannie, nie nazwana; wskazuje to na brak identyfikacji z tą postacią) (Jarosz i Wysocka, 2006, s. 338).

Rolą rysunku w procesie poznawania dziecka określa Chermet-Carroy (2005, s. 7), pisząc „rysunek przemawia, opowiada i objaśnia wszystko to, czego dziecko nie jest w stanie wyrazić słowami. Analiza tego języka dostarcza cennych informacji rodzicom, wychowawcom i wszystkim tym, którzy pragną zrozumieć dziecko i zbliżyć się do niego, by lepiej nim pokierować”.

Według Kolwińskiej (2004, s. 41-42) w analizie rysunku rodziny znaczenie mają cechy narysowanych postaci:

- słabo zintegrowane części ciała (niska tolerancja frustracji i impulsywność),
- niewielkie wymiary postaci (skrajny brak poczucia bezpieczeństwa, wycofanie, depresja, niska samoocena, chęć obniżenia znaczenia i wartości danej osoby),
- zmniejszenie postaci ojca (relacje konfliktowe),
- duże wymiary postaci (ekspansywność, słaba kontrola wewnętrzna),
- rysowanie dużej postaci ojca (zagrożenie),

- rysowanie dużej postaci matki (brak harmonii),
- deformacja postaci ludzkich (obniżenie uczuciowości),
- krótkie ręce (hamowanie impulsów),
- długie ręce (sięganie w kierunku innych),
- mała głowa (poczucie niższości intelektualnej),
- duża głowa (koncentracja na aktywności umysłowej),
- pominięcie matki (rodzina konfliktowa),
- pominięcie ojca (negatywne emocje wobec ojca),
- umieszczenie postaci obok siebie (więź emocjonalna),
- rysowanie siebie w centrum (egocentryzm),
- odsunięcie postaci (wyraz dystansu),
- pominięcie postaci członka rodziny (lęk lub odrzucenie przez tę osobę),
- zaczernienie pustych pól (niepokój).

Kolorystyka rysunku mówi o stanie emocjonalnym badanego, co ma znaczenie w diagnozowaniu sytuacji rodzinnej. Sięganie po wiele kolorów świadczy o bogatej emocjonalności dziecka, a brak kolorów albo stosowanie jednego wskazuje na ubóstwo emocji, zahamowanie emocjonalne i niepokój. Propozycja interpretacji kolorystyki Braun-Gałkowskiej (1991, s. 25-26) poszczególnym kolorom daje znaczenie:

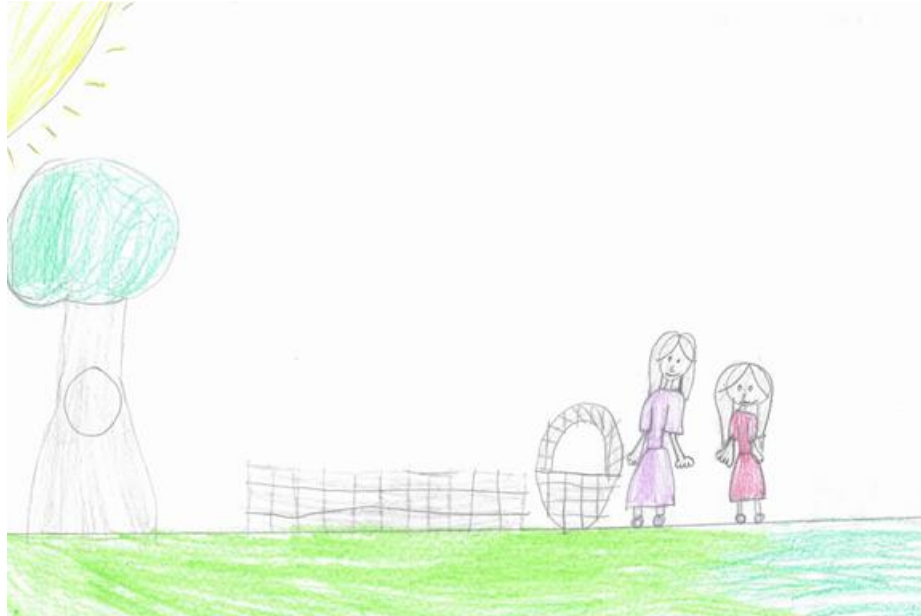
- „kolor szary (wybierają osoby ostrożne, które nie chcą się angażować i oczekują opieki),
- niebieski (oznacza spokój, wrażliwość, potrzebę uczucia),
- zielony (oznacza zdecydowanie, wyraża postawę obronną),
- czerwony (jest wybierany przez ludzi zdobywców, agresywnych i żyjących pełnią życia),
- żółty (mówi o spontaniczności, pogodnym rozluźnieniu),
- fioletowy (symbolizuje niezdecydowanie, stany wahania się),
- brązowy (wybierają najczęściej osoby dążące do osiągnięcia poczucia bezpieczeństwa),
- czarny (to nicość, zaprzeczenie, wybierany przez osoby poszukujące trudnych sytuacji)”.

Ola lat 9 przedstawia swoją rodzinę na spacerze, w centralnym punkcie rysunku dziewczynka umieściła drzewo. Wielkość drzewa i użyte kolory mogą świadczyć, że dziewczynka dąży do poczucia bezpieczeństwa (kolor brązowy) oraz wykazuje postawę

obronną (kolor zielony). Dziewczynka i jej rodzina umiejscowiona z boku rysunku, a postacie są niewielkich rozmiarów, co także wskazuje na brak poczucia bezpieczeństwa i niską samoocenę. Dodatkowo na brak więzi emocjonalnych wskazuje oddalenie od siebie postaci, ręce ich są opuszczone. Można też przyjąć, że siostra dziewczynki ma lepsze relacje z matką, bo stoi obok niej, a dziewczynka stoi obok ojca, co może wskazywać, że ich relacje są bliższe. Żółte słońce i ptaki mogą wskazywać, że na spacerach z rodziną dziewczynka czuje się dobrze.



Iza lat 8 przedstawia swoją rodzinę bez ojca. Postaci są umieszczone z boku rysunku, tak samo jak drzewo, a nad nim słońce. Po środku rysunku jest duży kosz i możliwe, że obok niego jest murowana obudowa, np. piaskownicy, kolor szary może oznaczać poszukiwanie opieki przez dziewczynkę. Zielony i brązowy to potrzeba poczucia bezpieczeństwa. Matka i córka są smutne, stoją obok siebie, co może wskazywać na brak większej więzi emocjonalnej między nimi. Matka ma sukienkę fioletową, co może wskazywać na jej niezdecydowanie życiowe. Dziewczynka ma sukienkę czerwoną, co może symbolizować, że ma ona w sobie siłę i chce coś osiągnąć.



Milena lat 7, dziewczynka narysowała siebie i ojca, który trzyma smycz z psem. Na rysunku nie ma matki. Postacie nie są kolorowe, ale mają dość duże wymiary, co może świadczyć o eskansywności dziecka. Postacie mają wesołe twarze, dodatkowo na piersi ojca dziewczynka namalowała serce, co może wskazywać, że ma z nim więź emocjonalną pozytywną. Pominięcie matki na rysunku może dowodzić, że rodzina jest konfliktowa. Motyw drzewa i kolorystyka (brąz i zieleń) świadczą o potrzebie poczucia bezpieczeństwa u dziewczynki.



Wojtek lat 8 narysował postaci niewielkich rozmiarów, z których pięć trzyma się za ręce, a jedna – mężczyzna stoi z boku. Wielkość postaci może świadczyć o niskiej samoocenie chłopca i braku poczucia bezpieczeństwa. Chłopiec narysował dwa rowery i dwie hulajnogi.

Można się domyślić, że ma on jeszcze brata i dwie siostry. Umieszczając obok siebie matkę i rodzeństwo wskazał na więź emocjonalną pomiędzy nimi. Odsunięcie ojca wskazuje na emocjonalny dystans do niego. Chłopiec narysował drzewo, a kolorystyka jego brąz i zieleń może wskazywać na potrzebę bezpieczeństwa. Niebieskie chmury mogą dowodzić wrażliwości dziecka i potrzeby uczucia. Na drugim rysunku chłopiec narysował swój pokój, co wskazuje, że ma swoje miejsce i je lubi, bo rysunek jest staranny, wręcz dopracowane zostały elementy jego wyposażenia. Obraz na ścianie, niebieska kolorystyka, zachodzące słońce i mewy wskazuje, że w pokoju tym chłopiec czuje spokój i jest rozluźniony.



Wiktoria lat 8 dziecko przebywa w rodzinie zastępczej. Na rysunku dziewczynka narysowała opiekunów i inne dzieci. Postacie wyróżnia wesoły wyraz twarzy, są one uśmiechnięte, ale pozostają do siebie z dystansem, co może wskazywać na brak więzi emocjonalnej. Niebieskie niebo i słońce wskazują na spontaniczność dziecka i wrażliwość. Zielona trawa może wskazywać na postawę obronną dziecka. Postaci mają zdeformowane dłonie w stosunku do całej postaci, co może oznaczać obniżenie uczuciowości u dziecka. Wiktoria namalowała też dom, w którym przebywa. Jest on utrzymany w ciepłych barwach, co może świadczyć, że czuje się w nim dobrze, kolor fioletowy symbolizuje niezdecydowanie, stan niepewności, co będzie, co wynika z sytuacji dziecka i przebywania poza środowiskiem rodzinnym.

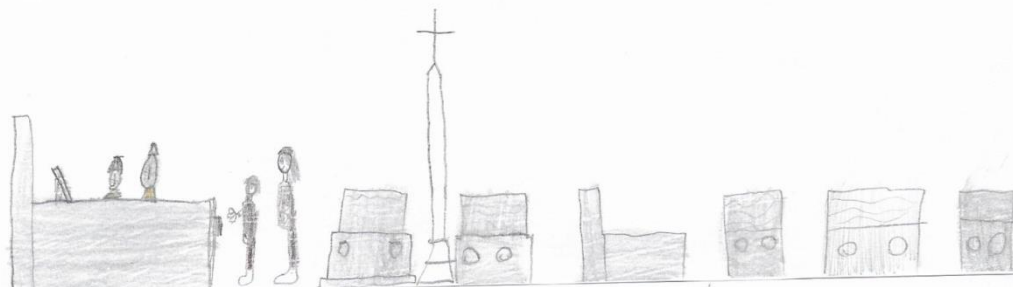


Analizując rysunki rodziny można zauważyć, że w rodzinach alkoholowych więzi rodzinne są zaburzone, a dzieci w nich wychowujące się poszukują swojego miejsca i cechuje je potrzeba poczucia bezpieczeństwa. Motywem powtarzającym się na rysunkach jest drzewo, jedno odosobnione. Wokół niego nie ma nic, tak jakby było tłem dla namalowanych postaci była pustka – pusta przestrzeń w tle, może nawiązywać do izolacji rodzin alkoholowych w środowisku, ich samotności z problemem alkoholowym. Ta pusta przestrzeń może symbolizować „wołanie o pomoc” dziecka, które czuje się bezradne wobec problemu alkoholizmu, który dotknął jego rodzinę. Rysunek rodziny może wskazywać na problemy dziecka w rodzinie alkoholowej, ale dopiero pełniejszy obraz jego trudności adaptacyjnych w środowisku szkolnym może dać wywiad środowiskowy, rozmowa psychologa z dzieckiem, obserwacja dziecka.

Dzieci ośmioletnie na zajęciach edukacji wczesnoszkolnej wykonały prace plastyczne, gdzie miały ukazać swoją rodzinę i sposób spędzania z nią wolnego czasu. Autorka rozprawy uzyskała od wychowawczynie informacje, że w klasie uczą się dzieci z rodzin, gdzie problem alkoholowy istnieje w mniejszym lub większym nasileniu uzależnienia ich rodziców. Psychorysunki ośmiolatków pozwalają na domniemanie, czy rodzina jest rozbita, jakie relacje są pomiędzy członkami rodziny, jakie łączą ich więzi, a także jakie poczucie wartości ma dziecko i jak ono samo plasuje siebie na tle rodziny.

Łukasz lat 8 na rysunku pokazał siebie razem z mamą na cmentarzu. Chłopiec jest sierotą, niespodziewana śmierć ojca, który zginął w wypadku samochodowym jest traumą dla niego i jego matki. Kobieta w chwilach poczucia beznadziejności swojej sytuacji zaczęła sięgać po alkohol. Ona i chłopiec są pod opieką psychologa. Na pomoc rodziny ze strony zmarłego, ani swojej kobieta nie może liczyć. Rysunek chłopca jest pozbawiony barw, dominuje kolor szary. Elementy na rysunku, jak i postacie są małe. Chłopiec plasuje siebie przed matką, co może symbolizować, że teraz to on jest „głową rodziny”.

Ja i Mama ze mną na smętarzu



Kornelka lat 8 wychowuje się w rodzinie rozbitej. Ona z siostrą są z matką i dziadkiem, który im pomaga. Ojciec – alkoholik ma ograniczoną władzę rodzicielską, pracuje okazjonalnie, nie jest zainteresowany utrzymaniem kontaktów z córkami. Mieszka z kolegą, który też jest alkoholikiem. Dziewczynka narysowała siebie z matką, dziadkiem i siostrą w kinie. Narysowane postacie są kolorowe i radosne. Symboliczne jest usytuowanie dziewczynek pomiędzy matką a dziadkiem, osobami, które dają im poczucie bezpieczeństwa.

w kinie



Filip lat 8 mieszka po rozwodzie rodziców z matką. Ojciec założył nową rodzinę i ma dwóch synów. Chłopiec narysował siebie w domu ojca, u braci, gdzie czuje się dobrze,

rysunek jest wesoły, barwy ciepłe. Matka chłopca od rozwodu nie doszła do równowagi psychicznej i ma momenty, gdzie sięga po alkohol. Ma świadomość, że może się uzależnić, a jej opieka nad dzieckiem mieć cechy dysfunkcyjności i dlatego sama zgłosiła się do poradni uzależnień i pozostaje pod opieką. Chłopiec na rysunku pokazał, gdzie czuje się bezpiecznie i jakie relacje wpływają pozytywnie na jego poczucie wartości.



Mikołaj lat 8 mieszka z mamą, rodzice są w separacji, ojciec – alkoholik wyprowadził się z domu. Chłopiec czarną kreską oddzielił dom, gdzie mieszka z mamą od domu ojca. Ojciec poddał się leczeniu dobrowolnie, ponieważ po alkoholu stawał się agresywny w stosunku do syna i jego matki.



Wojtek lat 8 nie narysował siebie w rodzinie, tylko umieścił siebie w środowisku, które daje mu poczucie wartości. Chłopiec należy do harcerstwa i lubi spędzać czas z kolegami. Rysunek jest kolorystycznie wyrazisty, a barwy nasycone.



Karol lat 8 narysował siebie i ojca, z którym lubi spędzać czas wolny. Rysunek jest wesoły, barwy nasycone i żywe pokazują, że w obecności ojca i dzięki niemu chłopiec ma poczucie własnej wartości. Na uwagę zasługuje fakt, że chłopiec umieścił siebie i ojca w centralnym miejscu na rysunku. Chłopiec wychowuje się w rodzinie pełnej, a pominięcie matki może wskazywać, że relacje w rodzinie mogą być problemowe.



Pola lat 8 mieszka z matką i ojcem. Rodzina z pozoru funkcjonuje normalnie, rodzice prowadzą wspólny biznes, dziewczynka ma zapewnione bardzo dobre warunki materialne. Dziewczynka narysowała siebie na spacerze z mamą i psem w lesie, jak wyjaśniła nauczycielce, tylko osobę matki pominęła na rysunku, centralne miejsce na nim zajmuje ona z psem. Symbolicznie pies może być jej najbliższym przyjacielem i to z nim jest jej dobrze. Rysunek jest wyrazisty, kolorystyka utrzymana w barwach ciepłych.



Julek lat 8 także narysował siebie nie wśród rodziny, tylko kolegów w harcerstwie. W centralnym punkcie umieścił pana Bartka, który jest dla niego osobą ważną. To w grupie chłopiec zyskuje poczucie własnej wartości. Rysunek może symbolicznie wskazywać, że rodzina jest problemowa i chłopiec woli przebywać poza nią.



Jan lat 8 po rozwodzie rodziców mieszka z mamą u babci, gdzie także mieszka siostra jego matki z mężem. Chłopiec lubi spędzać czas ze swoim ciotecznym bratem. Pomimo problemowej sytuacji chłopiec pokazuje, że ma poczucie bezpieczeństwa u babci. Na rysunku pominął dorosłych członków rodziny symbolicznie wskazując, jak ważny jest dla niego cioteczny brat. Kolorystyka rysunku pokazuje pozytywne emocje dziecka.

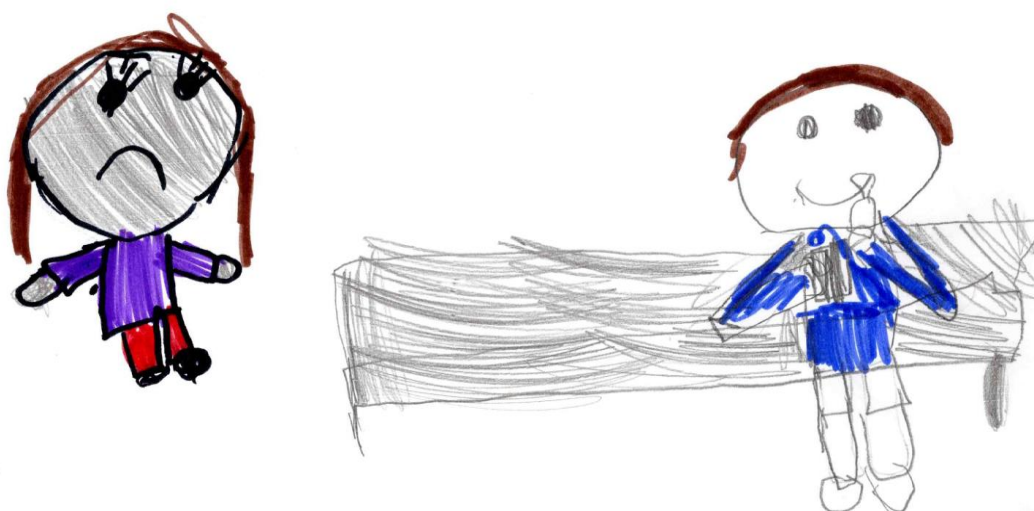


Stas lat 8 lubi spędzać czas z ojcem, który w przeciwieństwie do matki poświęca mu dużo czasu. Także to on pozostaje w kontakcie ze szkołą. Rodzina jest pełna, ale problemowa pod względem więzi emocjonalnych. Ojciec zapewnia mu różne sposoby

spędzania wolnego czasu, w tym przypadku był to pobyt na basenie. Ojciec daje chłopcu poczucie bezpieczeństwa i kształtuje jego poczucie wartości. Rysunek jest utrzymany w konwencji pozytywnej, dominuje na nim kolor niebieski – wody.



Julia lat 8, jej ojciec jest alkoholikiem, matka stara się utrzymać rodzinę i nie ma odwagi podjąć decyzji o rozwodzie. Dziewczynka na rysunku pokazała złość, że ojciec znowu siedzi i pije oraz, że sprawia mu to przyjemność. Rodzina pozostaje pod opieką MOPS ze względu na niski poziom wydolności wychowawczej i sytuację materialną. Symbolika rysunku jest wymowna, nie ma na nim nic poza zrozpaczonym i nie kryjącym złości dzieckiem oraz ojcem, który nic sobie z tego nie robi i spokojnie pije na kanapie.



Beata lat 8, żyje w rodzinie problemowej, awantury pomiędzy rodzicami wybuchają bardzo często. Dziewczynka jest smutna, przebywa w środowisku, które negatywnie wpływa na jej poczucie własnej wartości. Jest to rodzina „bez miłości”, gdzie coraz częściej gości alkohol. Rodzice są wykształceni, mają prestiżowe prace (ojciec wykładowca na uczelni, matka programistka w firmie komputerowej). Dziewczynka nie użyła żadnych kolorów, tylko czarnej kredki, rysunek pokazuje depresyjny wręcz stan psychiczny dziecka i jego osamotnienie.



Powyższe psychorysunki pokazują niepokojące zjawisko, że w jednym środowisku klasowym są dzieci w większości z rodzin problemowych. Rodziny takie nie dają poczucia bezpieczeństwa, często miłości, a z pewnością nie są miejscem, gdzie dziecko może budować poczucie własnej wartości, czy czerpać pozytywne wzorce osobowościowe.

Przeprowadzone badania wskazują, zdaniem ich autorki, na kryzys współczesnej rodziny, wręcz rozpad jej struktur, patologizację poprzez wprowadzanie alkoholu do tzw. „stylu życia”.

5.2. Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły

Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły mają różnorodny charakter i mogą one dotyczyć złych wyników w nauce lub problemów w relacjach interpersonalnych z rówieśnikami lub nauczycielami. Każdy przypadek problemów ma indywidualny charakter.

Do celów badawczych zastosowano także wywiad. Na jego rolę w pozyskiwaniu informacji w badaniach empirycznych zwróciła Skałbana (2011, s. 79) wskazując, że „psychologiczny charakter wywiadu ujawnia się w tym, że analizie są poddawane nie tylko treści wypowiedzi respondenta, ale również zachowania niewerbalne, sposób mówienia, reakcje i zachowania, co łączy technikę wywiadu z obserwacją”.

Z kolei Wysocka (2006, s. 54) przyjęła, że wywiad „służy do zbierania danych empirycznych głównie o charakterze jakościowym, takich jak: fakty, wydarzenia, sądy badanych, ich opinie, postawy, wyobrażenia, uczucia, deklarowane zachowania, wiedza o rzeczywistości”.

Wywiad środowiskowy daje możliwość poza wyjścia perspektywę indywidualną przez uwzględnienie danych o warunkach życia osoby badanej, jej sytuacji rodzinnej, a także stosunkach z innymi ludźmi. Wywiad jest techniką badawczą stosowaną w procesie poznawania, projektowania terapii i oceny jej efektów, tzn. na każdym etapie udzielenia pomocy. Służą temu funkcje i zadania wywiadu jako techniki badawczej, czyli: zbieranie informacji, planowanie interwencji i form terapii, monitorowanie postępujących zmian, ocena skuteczności interwencji (Skałbana, 2011, s. 80-81).

Wywiad z psychologiem w poradni psychologiczno-pedagogicznej posłużył do uzyskania informacji ogólnych dotyczących funkcjonowania dzieci alkoholików w środowisku szkolnym, a także poznania sytuacji dziecka z rodziny alkoholowej.

Wywiad z psychologiem

Jakie trudności edukacyjne napotykają dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym?

Dzieci z rodzin alkoholowych mogą doświadczać niższych zdolności intelektualnych, gorszych umiejętności werbalnych, niższego stopnia rozumienia czytanego tekstu. Mogą być opóźnione intelektualne.

W jaki sposób środowisko rodzinne z problemem alkoholowym wpływa na zachowania społeczne dzieci w szkole?

Dzieci alkoholików częściej przejawiają zachowania agresywne albo są wycofane w środowisku szkolnym. Mają problemy w relacjach z rówieśnikami i nauczycielami (czasem kłamią).

Jakie są różnice w frekwencji szkolnej między dziećmi z rodzin alkoholowych a ich rówieśnikami z rodzin nieobciążonych tym problemem?

Dzieci z rodzin alkoholowych wykazują wyższą absencję szkolną w porównaniu do dzieci z rodzin niealkoholowych (wagarują, uciekają z wybranych lekcji).

Jakie trudności w nawiązywaniu relacji z nauczycielami i rówieśnikami mają dzieci z rodzin alkoholowych?

Dzieci z rodzin alkoholowych mają trudności w relacjach uczeń – nauczyciel. Wykazują obniżone kompetencje interpersonalne. Są często odrzucane przez rówieśników z grupy. W jakim stopniu dzieci z rodzin alkoholowych korzystają z dostępnego wsparcia psychologiczno-pedagogicznego w szkole?

Dzieci z rodzin alkoholowych sporadycznie korzystają z dostępnego wsparcia psychologiczno-pedagogicznego w szkole. Same praktycznie nie zgłaszają się po pomoc. Z kolei wychowawcy albo nie zauważają problemu alkoholizmu w danej rodzinie, albo nie podejmują tego tematu i unikają angażowania się.

Wywiad pedagogiczno-psychologiczny dotyczący dziecka z rodziny alkoholowej

Informacje ogólne o dziecku i rodzinie:

Kacper ma 16 lat i uczęszcza do szkoły ponadpodstawowej. Mieszka w małej miejscowości oddalonej od szkoły – codziennie dojeżdża autobusem szkolnym. Jest najstarszym z pięciorga rodzeństwa. Najmłodszy brat ma 4 lata. Rodzina Kacpra boryka się z problemem alkoholowym – zarówno matka, jak i ojciec nadużywają alkoholu. W związku z sytuacją domową, chłopiec przejął wiele obowiązków związanych z opieką nad młodszym rodzeństwem oraz prowadzeniem codziennych spraw życia rodzinnego (zakupy, pomoc w domu). Kacper dorabia na swoje potrzeby, kosząc trawniki sąsiadom i pomagając w drobnych pracach w gospodarstwie u wujka. Nie ma własnych środków finansowych, a podejmowane przez niego dorywcze prace służą zaspokojeniu podstawowych potrzeb osobistych. Mimo trudnych warunków rodzinnych, chłopiec nie sprawia problemów wychowawczych.

Funkcjonowanie dziecka w szkole:

Kacper jest bardzo dobrym uczniem. Wykazuje wysoki poziom motywacji do nauki, systematyczność oraz dużą odpowiedzialność. Rzetelnie wykonuje obowiązki szkolne, chętnie bierze udział w zajęciach i osiąga ponadprzeciętne wyniki w nauce. Z relacji nauczycieli wynika, że Kacper jest osobą spokojną, opanowaną, wykazuje duży szacunek wobec dorosłych i rówieśników. Jest lubiany przez kolegów, chociaż nie zawsze uczestniczy w życiu społecznym klasy – często musi wracać do domu zaraz po lekcjach, aby zająć się rodzeństwem lub wykonać inne obowiązki.

Funkcjonowanie emocjonalne i społeczne dziecka:

Chłopiec wydaje się emocjonalnie dojrzały jak na swój wiek. W rozmowie ujawnia realistyczny obraz sytuacji rodzinnej. Nie próbuje jej usprawiedliwiać, ale też nie okazuje

wrogości wobec rodziców. Często mówi o zmęczeniu, braku czasu dla siebie oraz poczuciu odpowiedzialności za dom i młodsze rodzeństwo. W rozmowie wskazuje, że czasami czuje się przeciążony obowiązkami. Mimo to nie wyraża rezygnacji – podkreśla, że zależy mu na ukończeniu szkoły i zdobyciu zawodu, który zapewni mu samodzielność i możliwość zapewnienia lepszej przyszłości dla siebie (i być może – rodzeństwa). Nie odnotowano objawów agresji, autoagresji ani zachowań ryzykownych. Kacper deklaruje, że nie używa substancji psychoaktywnych. Jego postawa wskazuje na dużą dojrzałość i poczucie obowiązku, jednak istnieje ryzyko przeciążenia psychicznego związanego z długotrwałym stresem i brakiem wsparcia.

Zalecenia dotyczące wsparcia dziecka:

- Wskazanie do objęcia ucznia stałą opieką pedagoga/psychologa szkolnego – regularne rozmowy wspierające i monitorowanie kondycji psychicznej Kacpra,
- Rozpoznanie możliwości wsparcia rodziny – nawiązanie kontaktu z OPS, PCPR lub innymi instytucjami (np. asystent rodziny, świetlica środowiskowa),
- Ewentualne włączenie szkoły do procedury „Niebieskiej Karty”, jeśli sytuacja w domu będzie się pogarszać lub zagrażać bezpieczeństwu dzieci,
- Wsparcie stypendialne lub socjalne – rozważenie możliwości przyznania pomocy materialnej (stypendium, dofinansowanie)
- Zachęcanie ucznia do dbania o własny dobrostan psychiczny i rozwoju zainteresowań – np. udział w zajęciach szkolnych, sportowych lub artystycznych.

Wywiady z dziećmi i młodzieżą w grupie wiekowej 7-17 lat były przeprowadzone indywidualnie, tak aby zapewnić im optymalne warunki bezpieczeństwa psychicznego. Pytania skonstruowano tak, aby nie odczuwały one lęku, czy obciążenia emocjonalnego, biorąc pod uwagę wrażliwość tematu, która wynika z ich funkcjonowania w rodzinie alkoholowej, co może wpływać na występowanie u nich problemów w środowisku szkolnym.

Wywiady miały charakter ustrukturyzowany, przeprowadzono dzieląc grupę wiekową 7-17 lat na trzy podgrupy wiekowe: 7-10 lat, 11-13 lat, 14-17 lat. Do każdej z tych podgrup zaplanowano inny zestaw pytań, tak aby pytania były dostosowane do rozwoju psychofizycznego badanych dzieci z rodzin alkoholowych. W badaniu tym wzięły udział dzieci/młodzież, która uczęszcza na terapię do Poradni psychologiczno-pedagogicznej. Każda grupa wiekowa liczyła 5 osób.

Dla grupy wiekowej 7-10 lat przygotowano pytania, które dotyczyły: funkcjonowania w szkole, w domu oraz emocji i samopoczucia badanej grupy. W badaniu wzięli udział: Marta lat 8, Gabrysia lat 9, Krzyś lat 7, Olek lat 9 i Igor lat 10. Dzieciom zadano następujące pytania:

- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy w szkole czujesz się bezpiecznie, a może się boisz?
- Czy masz w szkole kolegów/koleżanki?
- Czy nauczyciele Ci pomagają, gdy masz problem?
- Czy w Twoim domu jest wesoło i spokojnie, a może czasem głośno i nerwowo?
- Czy w Twoim domu dorośli piją alkohol?
- Co czujesz, gdy dorośli w domu piją alkohol?
- Czy częściej jesteś wesoły (a), czy smutny (a)?
- Czy czasem boisz się wracać do domu?
- Czy ktoś w domu się Tobą opiekuje i dba o Ciebie?

Dzieci miały zaznaczone w trakcie zapoznawania się i wyjaśniania celu rozmowy, że o ile nie będą chciały odpowiadać na pytania, to mogą odmówić, a także, że w każdej chwili rozmowa może zostać zakończona. Badanie przebiegło w dobrej atmosferze, a dzieci bez problemów udzieliły odpowiedzi na przygotowane pytania.

Marta lat 8 stwierdziła, że do szkoły lubi chodzić czasami, a w szkole czuje się trochę niespokojna. Nie mówi do nauczyciela, gdy ma problem, chyba że on sam zauważy, że coś jej sprawia trudność. W domu częściej jest nerwowo. W domu pije tata i wtedy się boi, co może zrobić, bo czasem rzuca różnymi rzeczami. Marta częściej czuje się smutna i boi się wracać do domu, bo nie wie czy tata będzie pijany. Dziewczynka w szkole ma jedną koleżankę z klasy, z którą siedzi w ławce. W domu opiekuje się nią mama, która czasem zabiera ją do babci i tam nocują. Dziewczynka nie ma rodzeństwa.

Gabrysia lat 9 rzadko lubi chodzić do szkoły, często się boi. Nie ma koleżanek. W ławce w klasie siedzi sama. Nauczycielka czasem do niej podchodzi i patrzy jak wykonuje polecenia w ćwiczeniówce lub zeszytce. O domu dziewczynka nie chce mówić, czy w domu ktoś pije też. Gabrysia oceniła, że częściej jest jej smutno, a do domu nie lubi wracać. Dziewczynka ma brata lat 4. Od roku mieszka u nich w domu babcia i to ona opiekuje się nią, bratem i dba o dom.

Krzyś lat 7 nie lubi szkoły, chciałby wrócić do przedszkola. Boi się starszych dzieci, ma dwóch kolegów. Nauczycielki w klaskie boi się, bo często krzyczy na niego, jak nie wie co

odpowiedzieć. W domu tata krzyczy na mamę, więcej chłopiec nie chce mówić. Wesoły czuje się u dziadków, gdy go zabierają na sobotę i niedzielę. Chłopiec nie ma rodzeństwa. W domu dba o niego mama.

Olek lat 9 lubi do szkoły chodzić zawsze. Nauczycielka mu pomaga, gdy mówi jej, że nie wie. Ma kolegę z którym siedzi w klasie w jednej ławce. O domu chłopiec nie chce mówić. Ocenia, że jej trochę smutny, a trochę wesoły. Do domu nie lubi wracać. Ma jeszcze brata lat 18. To on nim opiekuje.

Igor lat 10 rzadko lubi chodzić do szkoły. Nie lubi szkoły, nie ma kolegów. Uważa, że nauczyciele go nie lubią. O domu nie chce mówić i jak w nim jest. Raczej odczuwa smutek. Do domu musi wracać, bo dziadkowie mieszkają poza miastem, a najchętniej chciałby być u nich. Nie ma rodzeństwa, w domu opiekuje się nim mama, albo sam dba o siebie.

Uzyskane informacje w trakcie przeprowadzonych rozmów w grupie wiekowej 7-10 lat wskazują, że dzieci z rodzin alkoholowych cechuje obniżony nastrój, przeważają u nich negatywne emocje nad pozytywnymi, raczej nie chcą mówić o ich sytuacji rodzinnej. Mają problemy w kontaktach interpersonalnych w szkole, która nie jest ich ulubionym miejscem. Emocjonalnie są one „zgaszone”, pozbawione „radości bycia dzieckiem”.

Wywiad ustrukturyzowany w podgrupie wiekowej 11-13 lat przeprowadzono pod kątem funkcjonowania dzieci w środowisku szkolnym. Odpowiedzi na zadawane pytania w trakcie indywidualnych rozmów udzieliło pięcioro dzieci: Monika 11, Seweryn 13, Ola 12, Igor 12, Iza 13. W trakcie przeprowadzonych rozmów w podgrupie wiekowej 11-13 lat zadao następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu ktoś pije alkohol (np. codziennie, co weekend)?
- Czy lubisz chodzić do szkoły?
- Czy masz w szkole przyjaciół/przyjaciółki?
- Jak często czujesz się w szkole smutny/smutna lub przygnębiony/przygnębiona?
- Czy zdarza ci się mieć trudności z nauką (np. koncentracją, odrabianiem lekcji)?
- Czy boisz się czasem wracać do domu po lekcjach?
- Czy masz osobę dorosłą (np. nauczyciela, pedagoga, wychowawcę), z którą możesz porozmawiać o swoich problemach?
- Czy czujesz się bezpiecznie w domu?
- Co robisz, gdy masz trudny dzień?

Monika lat 11 mieszka z mamą i jej przyjacielem. Ma jeszcze brata lat 7. Na temat picia w jej domu nie chciała odpowiadać. Do szkoły raczej lubi chodzić, ma tam jedną przyjaciółkę. W szkole nie czuje się ani smutna, ani przygnębiona. Raczej nie ma problemów z nauką, czy koncentracją. Oceny ma dobre, lubi matematykę. Do domu wraca bo musi, boi się awantur. W szkole nie ma osoby dorosłej z którą chciałaby rozmawiać, choć wychowawczynie wykazuje zainteresowanie nią i jej sprawami. Jak ma trudny dzień Monika idzie pobiegać, chce się zmęczyć i nie myśleć, że nie wszystko jest tak, jakby chciała.

Seweryn lat 13 mieszka z dziadkami. Z matką widzi się w niedzielę, gdy przychodzi ona do dziadków. W domu ojciec pił praktycznie codziennie, był agresywny. Matka poprosiła swoich rodziców żeby zajęli się nim. Nie ma rodzeństwa. U dziadków ma spokój, martwi się o matkę bo zostałaj z ojcem i wierzy, że przestanie pić. Do szkoły lubi chodzić, ma dwóch kolegów. W szkole nie czuje się przygnębiony, trudności w nauce ma z udzieleniem odpowiedzi na zadane pytanie, przy tablicy denerwuje się i ma problem z rozwiązywaniem zadań z matematyki. Szybko zniechęca się, gdy coś mu się nie udaje zrobić poprawnie. Do domu dziadków nie boi się wracać. W szkole ma spotkaia indywidualne z pedagogiem. Jak ma trudny dzień to wtedy rozmawia z dziadkiem.

Ola lat 12 mieszka z tatą i mamą. Ma siostrę lat 3. Nie chce rozmawiać o piciu w jej domu. Do szkoły raczej lubi chodzić. Czasami w szkole jest smutna, jak dostanie złą ocenę. Ma trudności z ortografią (robi błędy w pisowni), nie lubi odpowiadać przed klasą. Czasami nie chce jej się wracać do domu, czasem odczuwa niepokój. O swoich problemach w szkole rozmawia na spotkaniach z psycholog, po nich czuje się bardziej pewna siebie. Jak ma trudny dzień to maluje, najczęściej farbami krajobrazy.

Igor lat 12 mieszka z rodzeństwem siostrą lat 19 i bratem lat 20, to oni uzyskali nad nim opiekę, po tym jak matka alkoholiczka wyprowadziła się z domu i zamieszkała z przyjacielem, który też jest alkoholikiem. Chłopiec nie ma problemu mówić o swojej sytuacji, cieszy się, że matki już nie ma w ich domu, bo jest teraz spokój i jak sam określa normalnie. Do szkoły lubi chodzić, ma kolegę w klasie, w nauce teraz już nie ma problemów, siostra z nim nadrobiła zaległości, głównie z matematyki. Rodzeństwo dba o niego, razem robią sobie w weekendy wycieczki rowerowe. Jak ma trudny dzień chłopiec rozmawia z bratem, który jest dla niego najlepszym przyjacielem.

Iza lat 13 mieszka z tatą. Mama obecnie przebywa na leczeniu. Teraz w domu nie ma alkoholu. Do szkoły raczej lubi chodzić. W szkole jest przygnębiona, gdy dostanie złą ocenę lub ktoś w klasie jej powie, że ma matkę alkoholicką, to takie dla niej przykre, czuje się wtedy gorsza od swoich rówieśników. W nauce na ogół nie ma problemów, daje sobie radę.

Do domu nie boi się wracać odkąd nie ma w nim matki. W szkole ma indywidualne zajęcia z psycholog. Jak ma trudny dzień, to siada i czyta książki, lubi historyczne, przygodowe.

Rozmowy z dziećmi w podgrupie wiekowej 11-13 lat wskazują, że dzieci alkoholików funkcjonują zawsze w środowisku dysfunkcyjnym, które ogranicza ich prawidłowy rozwój psychofizyczny. Alkoholizm rodzica odbiera im radość dzieciństwa, dorastania, ogranicza relacje z rówieśnikami, czasem są obiektem złośliwych uwag odnośnie ich sytuacji rodzinnej. Wypowiedzi dzieci dowodzą, że mają one świadomość swojej odmiennej sytuacji, ale starają się nie poddawać, o czym świadczą ich zainteresowania (sport, czytanie książek, malowanie). To co dla ich rówieśników jest normalne, im sprawia radość np. spokój w domu, czy rozmowa z bratem lub dziadkiem.

W podgrupie wiekowej 14-17 lat wywiad ustrukturyzowany przeprowadzono w oparciu o pytania pozwalające przybliżyć funkcjonowanie w szkole badanej grupy. W wywiadzie indywidualnym wzięło udział pięć osób: Kamil lat 14, Olga lat 14, Dominika lat 15, Piotr lat 16 i Alicja lat 17. W badanej grupie zostały zadane następujące pytania:

- Z kim mieszkasz na co dzień?
- Czy w Twoim domu występują (lub występowały) problemy z nadużywaniem alkoholu przez osoby dorosłe?
- Jak oceniasz swoje wyniki w nauce?
- Czy masz trudności z koncentracją na lekcjach?
- Czy zdarza Ci się nie odrabiać prac domowych z powodu sytuacji rodzinnych?
- Czy czujesz się akceptowany/a przez swoich nauczycieli?
- Czy masz w szkole osobę dorosłą (np. wychowawcę, pedagoga), do której możesz się zwrócić w trudnej sytuacji?
- Czy masz bliskich przyjaciół w szkole?
- Jak często uczestniczysz w życiu klasy (np. wyjścia, projekty, wydarzenia)?
- Czy kiedykolwiek byłeś/łaś obiektem przemocy (np. wyśmiewania, wykluczania) w szkole?
- Jakie uczucia najczęściej odczuwasz?
- Gdzie najczęściej szukasz wsparcia, gdy masz problem?

Kamil lat 14 na co dzień mieszka z obojgiem rodziców. Rodzeństwa nie ma. Ma świadomość, że jego ojciec ma problem z alkoholem, już raz był na leczeniu i przez rok był spokojny, a potem znowu wrócił do picia, które starał się ukrywać, chodził także na spotkania AA (Anonimowych Alkoholików), które przerwał i teraz pije już prawie codziennie.

Dodatkowo przestał pracować. Kamil swoje wyniki w nauce ocenia jako dobre. Czasem, gdy ojciec wraca w nocy pijany i się awanturuje z matką ma trudności z koncentracją na lekcjach. Prace domowe odrabia, jak nie ma w domu warunków, idzie do sąsiadów, którzy pomagają jemu i matce. Jest to starsze bezdzietne małżeństwo. Nauczyciele mają do niego różny stosunek, od współczucia do dawania mu odczuć kim jest ojciec. W szkole ma indywidualną terapię z psychologiem i to pani psycholog może szczerze powiedzieć z czym ma problem. W szkole nie ma przyjaciół, w klasie pozostaje na uboczu. W życiu klasy nie uczestniczy, bo nie chce. W klasie nie czuje się akceptowany, a i wychowawczynie traktuje go jako takie klasowe „obciążenie”. Uważa, że miał pecha bo trafił do klasy, gdzie rodzice są dobrze sytuowani, są to: prawnicy, lekarze, tzw. biznesmeni. Kamil przyznaje, że był obiektem wyśmiewania, wykluczenia, ale więcej o tym nie chce mówić. Chłopiec najczęściej odczuwa smutek, bo chciałby żeby jego rodzina była inna, lęk o przyszłość, co będzie dalej oraz złość, dlatego to właśnie on ma ojca alkoholika. Wsparcia może szukać i szuka u sąsiadów, którzy traktują go jak wnuka, to u nich ma poczucie bezpieczeństwa i „ciepła rodzinnego”.

Olga lat 14 mieszka tylko z matką, ojciec wyprowadził się z domu rok temu. O problemie alkoholowym w rodzinie nie chce opowiadać, bo ojciec lubi alkohol i matka też. Wyniki w szkole ma przeciętne. Czasami ma problem z koncentracją na lekcjach. Ma swój pokój, to nie ma problemu z odrabianiem lekcji, czy przygotowaniem się do lekcji. Rodzeństwa nie ma. Raczej czuje się akceptowana przez nauczycieli. W szkole nie ma osoby, do której chciałaby się zwrócić, gdy ma problemy, choć ma terapię indywidualną z pedagogiem. Nie ma bliskich przyjaciół w szkole, tylko koleżankę z którą siedzi w jednej ławce na lekcjach. W życiu klasy nie uczestniczy ze względów materialnych i nie chce więcej o tym mówić. W klasie była obiektem kpin, gdy ojciec wyprowadził się z domu, czy ktoś widział jej matkę jak wracała pojana do domu. Olga czuje się samotna i boi się o swoją przyszłość, czuje lęk co będzie jak matka straci pracę, obawia się, że może trafić do placówki opiekuńczo-wychowawczej. Dziewczynka nigdzie nie szuka pomocy, rodzice jej matki już nie żyją, a rodzice jej ojca nie lubią jej i matki i nie utrzymują z nimi kontaktu. Poza tym nie wierzy, że ktoś mógłby jej pomóc.

Dominika lat 15 mieszka z obojgiem rodziców. Ma brata lat 17. W domu alkoholu nadużywa ojciec, szczególnie po awanturach z matką, która ciągle żąda od niego więcej pieniędzy poza tym, co dostaje. Ojciec ma firmę budowlaną, a matka nie pracuje. Wyniki w nauce ma przeciętne. Na lekcjach z koncentracją ma często trudności. Prac domowych nie odrabia, bo gdy czegoś nie wie, to matka na nią krzyczy, że jest głupia, a brat ma oceny

bardzo dobre. Nauczyciele traktują ją różnie, nie czuje się ich ulubienicą. W szkole do nikogo nie chce się zwracać, bo jakby to zrobiła, to matka by znowu na nią nakrzyczała. Raz powiedziała wychowawczyni jaką ma sytuację i matka zareagowała bardzo negatywnie na to zdarzenie. Ma zakaz mówienia o tym co dzieje się w domu. Nie ma w szkole przyjaciół, w wyjściach klasowych bierze udział, na wycieczki nie chce jeździć. O tym jak ją traktują w klasie nie chce opowiadać, trzyma się na uboczu, unika interakcji. Dominika ma poczucie niezrozumienia, czuje się samotna, nie szuka wsparcia.

Piotr lat 16 mieszka z obojgiem rodziców. Ojciec jest alkoholikiem, który leczył się, chodził także na spotkania AA, w ocenie Piotra jest przykładem, że z alkoholizmu się raczej nie wychodzi. Matka lubi wypić, to przy ojcu zaczęła pić i ona. Spotyka się także poza domem z koleżankami z pracy i wtedy wraca do domu pijana. Chłopiec nie ma rodzeństwa. Wyniki w nauce ma bardzo dobre, uznaje się go za ucznia bardzo zdolnego, nie ma problemu z koncentracją na lekcjach. Ma swój pokój i prace domowe są dla niego ważne do odrobienia. Piotr ma swój plan na siebie – zdobyć wykształcenie i uciec z domu, jaki mu stworzyli rodzice, chce żyć inaczej „bez zapachu wódki”. Nie zwraca uwagi na stosunek nauczycieli do siebie, do nikogo w szkole nie chce się zwracać, gdy ma trudną sytuację. W szkole ma kolegę, z którym siedzi w jednej ławce, czasem spotykają się też poza szkołą. W życiu klasy uczestniczy, bo sam nie chce się izolować od grupy. Raczej nie jest obiektem wykluczenia, bo ma bardzo dobre wyniki w nauce oraz dysponuje wiedzą z różnych dziedzin i przewyższa tym swoich rówieśników. Czasem czuje złość, że to jemu trafiła się „taka rodzina”. Nie szuka wsparcia, stara się być wsparciem sam dla siebie, liczy na siebie i jak sam mówi ma „potencjał”, który w sobie czuje.

Alicja lat 17 mieszka z dziadkami od dwóch lat. Zarówno ojciec, jak i matka nadużywali alkoholu, dodatkowo znaleźli sobie nowych partnerów, założyli z nimi rodziny i w żadnej z nich nie było dla niej miejsca. Alicja nie ma rodzeństwa. W szkole ma dobre wyniki w nauce, nie sprawia też problemów wychowawczych. Dziadkowie (rodzice matki) o nią dbają, czuje się przez nich kochana. Na lekcjach nie ma problemu z koncentracją. Stosunek nauczycieli do niej jest jej obojętny. O swojej sytuacji w szkole nie chce z nikim rozmawiać. Ma przyjaciółkę i z nią może porozmawiać praktycznie o wszystkim, bo ona też ma „odbiegającą od normy”, jak mówi sytuację rodzinną i to je do siebie zbliżyło. W życiu klasy uczestniczy, a na zaczepki ze strony rówieśników nie reaguje. Czasem odczuwa złość, że ma takich rodziców, czasem lęk – jak będzie wyglądała jej przyszłość. Alicja chce by jej życie wyglądało inaczej, niż to jakie mogła obserwować w domu.

U dziadków nie ma problemu z alkoholem, są oni dla niej dużym wsparciem, ma świadomość, że może na nich liczyć i czuje się przez nich zrozumiana, akceptowana.

Przeprowadzone wywiady w podgrupie wiekowej 14-17 lat dowodzą, że dzieci alkoholików mają w szkole odmienną sytuację niż ich rówieśnicy z rodzin, gdzie nie ma problemów z alkoholem. Część z nich ma problemy w nauce, część z nich z nauczycielami, a część z nich ma problemy w grupie rówieśniczej. Każda z osób, która wzięła udział w badaniu prezentuje indywidualne podejście do sytuacji rodzinnej i bycia dzieckiem alkoholika/alkoholiczki. Adolescenci w wieku 14-17 lat mają już świadomość swoich mocnych i słabych stron, mają też już w pewnym stopniu ukształtowany stosunek do otoczenia oraz „pomysł” na siebie wchodząc w dorosłość.

Na problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły wskazał w szczególności sposób wywiad pogłębiony z terapeutą uzależnień z Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień. Celem wywiadu było uzyskanie jakościowych danych dotyczących funkcjonowania dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym w środowisku szkolnym, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów adaptacyjnych, relacji społecznych, strategii radzenia sobie oraz roli szkoły w procesie wsparcia tych uczniów. Rozmowa autorki rozprawy miała charakter eksploracyjny i została przeprowadzona w ramach badań nad wpływem środowiska rodzinnego na funkcjonowanie psychospołeczne dzieci. W trakcie wywiadu uzyskano zadane zostały następujące pytania:

Jak często w swojej pracy spotyka się Pani z dziećmi, które dorastają w rodzinach z problemem alkoholowym?

Zdecydowanie często. Dane epidemiologiczne i obserwacje kliniczne pokazują, że problem ten ma charakter masowy – mówi się, że nawet 20-25% dzieci w Polsce wychowuje się w rodzinach dotkniętych alkoholizmem. W praktyce oznacza to, że niemal w każdej klasie szkolnej znajduje się co najmniej jedno dziecko z takiego środowiska. Wiele z tych dzieci trafia do nas z powodu zaburzeń emocjonalnych, trudności adaptacyjnych lub zachowań problemowych, które są wtórne wobec sytuacji domowej.

Jakie wzorce zachowań najczęściej obserwuje Pani wśród dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w kontekście funkcjonowania szkolnego?

Dzieci te bardzo wcześnie wchodzą w dorosłe role – to tzw. parentyfikacja emocjonalna lub instrumentalna. W środowisku szkolnym objawia się to nadmierną odpowiedzialnością, perfekcjonizmem, dążeniem do bycia „najlepszym” lub przeciwnie – wycofaniem, apatią brakiem wiary we własne możliwości.

Jakie trudności szkolne są najczęściej obserwowane u tych uczniów?

Najczęściej występują zaburzenia koncentracji uwagi, problemy emocjonalne, niska samoocena, lęk przed oceną i krytyką. Dzieci często przynoszą do szkoły napięcie wynikające z sytuacji domowej – z nieprzewidywalności i chaosu. To przekłada się na ich zachowanie: bywają drażliwe, nadwrażliwe, unikają zaufania wobec dorosłych. Niektóre reagują impulsywnie – agresją lub prowokacją – bo to jedyny znany im sposób radzenia sobie ze stresem. Inne natomiast nadmiernie się podporządkowują, chcąc uniknąć konfliktu. W obu przypadkach mamy do czynienia z zaburzonym poczuciem bezpieczeństwa i trudnościami w regulacji emocji.

Jak szkoła może rozpoznać, że dziecko pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym?

To bardzo trudne, ponieważ dzieci z takich rodzin są mistrzami w ukrywaniu prawdy. Nauczyciele powinni jednak zwracać uwagę na kilka wskaźników: chroniczne zmęczenie, zaniedbanie, nieregularne odrabianie lekcji, wahania nastroju, nadmierną odpowiedzialność lub nieadekwatne zachowania emocjonalne. Czasem wystarczy, że nauczyciel zada pytanie typu: „Jak się dziś czujesz?” i otrzyma reakcję emocjonalną nieproporcjonalną do sytuacji. To często sygnał, że dziecko żyje w permanentnym stresie. W takich przypadkach nie chodzi o diagnozowanie rodziny, ale o zauważenie potrzeb dziecka i uruchomienie ścieżki pomocy.

Jaką rolę powinna pełnić szkoła w systemie wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych?

Szkoła ma ogromny potencjał ochronny. Może pełnić funkcję tzw. „bezpiecznej bazy” – miejsca, w którym dziecko doświadcza stabilności, zrozumienia i przewidywalności. Ważna jest współpraca nauczycieli z pedagogiem, psychologiem szkolnym oraz instytucjami takimi jak MOPS, poradnie psychologiczno-pedagogiczne czy nasz ośrodek terapii uzależnień. Dzieci te nie potrzebują litości, ale akceptacji i konsekwentnej obecności dorosłego, który ich nie zawiedzie. Dobrze, jeśli szkoła realizuje programy profilaktyczne typu „Dziecko w rodzinie z problemem alkoholowym” lub warsztaty wzmacniające kompetencje emocjonalne.

Czy dzieci z rodzin alkoholowych mają szanse na prawidłowy rozwój i zdrowe relacje społeczne w dorosłości?

Tak, pod warunkiem, że dostaną odpowiednie wsparcie. Część z nich w dorosłości zostaje tzw. DDA – Dorosłymi Dziećmi Alkoholików – i boryka się z trudnościami w zaufaniu, kontrolą emocji czy budowaniem relacji. Jednak wczesna interwencja, pomoc psychologiczna, a czasem udział w grupach terapeutycznych potrafią całkowicie zmienić ich trajektorię rozwojową. Kluczowe jest, by dziecko usłyszało komunikat: „To, co się dzieje w twoim domu, nie jest twoją winą”. To proste zdanie potrafi rozpocząć proces zdrowienia.

Środowisko szkolne zdaniem terapeuty uzależnień może być czynnikiem ochronnym, pod warunkiem istnienia systemu wczesnej interwencji i współpracy interdyscyplinarnej.

Wywiad potwierdził opinię autorki rozprawy, że dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym funkcjonują w szkole w sposób zróżnicowany, ale zawsze w kontekście deficytu emocjonalnego i potrzeby bezpieczeństwa. Szkoła, jako przestrzeń drugiego środowiska wychowawczego, ma potencjał kompensacyjny, jednak wymaga to przygotowania kadry pedagogicznej, świadomości problemu i współpracy z ośrodkami terapeutycznymi.

Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkoły wynikają poza ich obciążeniami psychicznymi bycia dzieckiem alkoholika/alkoholiczki, także z tego jak funkcjonuje dana placówka oświatowa, jaką skupia kadrę pedagogiczną, oraz jaki jest stopień jej zaangażowania na rzecz dzieci, które potrzebują wsparcia.

5.3. Rola środowiska szkolnego w procesie wsparcia dzieci z rodzin alkoholowych

Środowisko szkolne jest drugim po rodzinie najważniejszym środowiskiem wychowawczym, które kształtuje rozwój psychofizyczny dziecka. Dla dzieci z rodzin alkoholowych jest ona szansą na pokonywanie trudności rozwojowych i właściwą socjalizacją. Na problem realnego oddziaływania pomocowego dla dzieci z rodzin alkoholowych zwróciły uwagę w wywiadzie grupowym specjalistki (pedagog, psycholog) z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radomiu.

W Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Radomiu przeprowadzony został wywiad ze specjalistami, którzy tam pracują z dziedziny pedagogiki i psychologii. Wywiad miał charakter grupowy i ustrukturyzowany opierał się o przygotowane pytania. Intencją autorki rozprawy było doprowadzenie do dyskusji i wymiany poglądów w badanym aspekcie problemów szkolnych dzieci alkoholika. Wywiadu zgodziły się udzielić: pedagog (1) pracująca w zawodzie 30 lat, pedagog (2) pracująca w zawodzie 11 lat oraz psycholog (3) pracująca w zawodzie 34 lata, psycholog (4) pracująca w zawodzie 18 lat i psycholog (5) pracująca w zawodzie 6 lat. Zróżnicowany staż pracy pozwalał poznać wieloaspektowe spojrzenie na zagadnienie dotyczące zachowań, potrzeb oraz problemów dzieci i młodzieży pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym, które przekładają się na ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Nasuwa się refleksja, że zarówno środowisko pedagogiczno-psychologiczne, jak i pomocy społecznej są w większości sfeminizowane

oraz, że wskazane by było, aby w tych dziedzinach w ramach równowagi zawodowej pracowało więcej mężczyzn. Problemy bycia dzieckiem alkoholika dotyczą zarówno dziewczęta, jak i chłopców i może tym drugim łatwiej byłoby rozmawiać o swoich problemach z mężczyzną pedagogiem/psychologiem. Specjalistkom z zakresu pedagogiki i psychologii, z którymi przeprowadzono wywiad grupowy i ustrukturyzowany zadano ten sam zestaw pytań:

- Jakie objawy zauważa Pani u dzieci i młodzieży?
- Jakie zachowania dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych budzą Pani niepokój?
- Czy szkoła oferuje wsparcie dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym?
- Jakie formy wsparcia byłyby Pani zdaniem najbardziej pomocne dla dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych?

Biorące udział w wywiadzie pedagog (1) i psycholog (3) na objawy mogące wskazywać u dzieci i młodzieży na problemy związane w rodzinie z alkoholem, wskazały na wycofanie i brak chęci rozmowy o własnej rodzinie, tego jak ona funkcjonuje, co robią jej poszczególne członkowie. U takich dzieci wyczuwa się wstyd i obawę, że do ich rodziny przypisana zostanie etykieta „rodziny alkoholików”, a to oznacza degradację w środowisku rówieśników, a dla rodziny swojego rodzaju ostracyzm środowiskowy, wynikający z faktu, że alkoholizm traktuje się jako patologię społeczną, a nie bierze pod uwagę, że jest to choroba, którą należy leczyć. Choroba, która jak wiele innych (np. choroby psychiczne, czy nowotorowe) oddziałują w specyficzny sposób na życie rodzinne.

Psycholog (4) i psycholog (5) zauważyły, że w rodzinach z problemem alkoholowym wyczuwa się zakaz rozmawiania o tym, co się dzieje w rodzinie, nawet jeżeli dziecko bierze udział w terapii, to przejawia ono nienaturalne zachowania, jakby zastanawiało się, co może powiedzieć lub zrobić. Pedagog (2) stwierdziła, że na objawy mogące dowodzić, że w domu jest problem alkoholowy wskazują niekontrolowane napady złości i agresji u dzieci lub młodzieży, swoisty rodzaj buntu wobec otoczenia, który czasem jest aktem bezsilności na życie obok ojca lub matki, którzy piją, a dziecko jest traktowane przez nich marginalne.

Na zachowania budzące niepokój specjalistki biorące udział w wywiadzie wskazały: agresję, wycofanie społeczne, zaburzone kompetencje społeczne, brak refleksyjności, problemy z koncentracją, problemy dydaktyczne i wychowawcze w szkole, nieumiejętność rozwiązywania problemów. Dzieci i młodzież z rodzin alkoholicznych ich zdaniem, okazują brak sensu życia i celu w nim. Mają one niewielką motywację z osiągnięć. Brak poczucia bezpieczeństwa i miłości powodują, że nie mają one poczucia własnej skuteczności, nie

wierzą one w osiągnięcie sukcesu. Presja psychiczna „bycia dzieckiem alkoholika/alkoholiczki” niszczy w nich poczucie własnej wartości, a tym samym pozytywne myślenie o sobie i o swoim dalszym życiu. Bunt i poczucie bezsilności są to emocje, które zdaniem specjalistek dominują u dzieci alkoholików i mają wpływ na ich problemy szkolne. Dziecko, czy młody człowiek, którzy czują się „inne/inny” od swoich rówieśników z powodu swojej sytuacji rodzinnej mogą wykazywać zróżnicowane problemy w środowisku szkolnym. Zawsze należy brać pod uwagę konstrukt osobowościowy jednostki na tle środowiska rodzinnego w przełożeniu na funkcjonowanie w szkole.

Pedagog (1) zwróciła uwagę, że za problemy dzieci/młodzieży z rodzin alkoholowych odpowiadają także sami nauczyciele, którym brak jest empatii i etyki zawodowej ukierunkowanej na dobro dziecka i szacunek do niego, to oni często stygmatyzują uczniów w klasie na swoich ulubieńców i tych „innych”. Konsekwencją takiej postawy nauczycieli są niewłaściwe relacje interpersonalne w klasie, które mogą nawet prowadzić do mobbingu, wykluczenia z grupy rówieśniczej niektórych uczniów, ich izolację.

Psycholog (4) i psycholog (5) wskazały na czynniki przystosowania dziecka do warunków szkolnych, które mają bezpośredni wpływ na jego funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Czynniki indywidualne, takie jak: cechy osobowości, uwarunkowania rozwojowe, poziom rozwoju intelektualnego, poziom samooceny, własne doświadczenia i odporność psychiczna – warunkują osiągnięcia szkolne dzieci.

Na funkcjonowanie w środowisku szkolnym dzieci z rodzin alkoholowych znaczenie też mają czynniki środowiskowe, czyli nastawienie rodziców do szkoły. Ponadto istotna jest akceptacja ucznia w grupie oraz stosunek do niego nauczyciela i rówieśników. Zachowania dziecka wykazujące deficyty umiejętności prospołecznych są przyczyną jego złego funkcjonowania w środowisku i konfliktów z rówieśnikami. Psycholog (1) zauważyła, że dzieci z rodzin dysfunkcyjnych czasem starają się „koloryzować” swoją rodzinę i przedstawiają ją taką, jaką chciałyby żeby ona była, a nie taką jaką ona jest. Taka ucieczka w „świat wyobraźni” często w zetknięciu z rzeczywistością po rozmowie nauczyciela z rodzicami, gdy ujawnione zostają realia ich życia kończy się frustracją dziecka, a czasem niechęcią przed pójściem do szkoły.

Specjalistki z Poradni psychologiczno-pedagogicznej oceniły, że szkoła nie daje odpowiedniego wsparcia dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Nauczyciele wykazują obawy przed zaangażowaniem się w tego rodzaju problemy, ponieważ czasem ich troska o dziecko nie jest właściwie rozumiana przez rodziców z rodzin alkoholowych, szczególnie gdy taką sytuację trzyma się w tzw. „tajemnicy”. Dzieci, które mają problemy

w nauce z reguły otrzymują pomoc pedagoga, psychologa, czy też są kierowane na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w celu eliminacji ich deficytów wiedzy w określonej dziedzinie (np. matematyki, języka polskiego itp.). Na uwagę zasługuje także pomoc w szkole logopedy, niezbędna po zdiagnozowaniu deficytów rozwojowych u dziecka i wymagających interwencji logopedycznej.

Pozytywnym aspektem w kontekście pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych jest to, że szkoła współpracuje z instytucjami, które mają w zakresie swoich działań pomoc i opiekę nad rodzinami alkoholowymi. Szkoła współpracuje z MOPS, gdzie przeprowadziła autorka rozprawy wywiad odnośnie pomocy i wsparcia dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Prowadząc badania w celu uzyskania informacji z MOPS o dzieciach z rodzin alkoholowych, przygotowano wywiad ustrukturyzowany który przeprowadzono z pracownikiem MOPS. listę pytań, które skierowano do pracownika MOPS. W trakcie rozmowy autorka rozprawy zadała następujące pytania:

- Ile jest rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jaka jest sytuacja dzieci w tych rodzinach?
- Czy były przypadki przekazania dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi do rodzin zastępczych?
- Czy MOPS posiada wywiady z pedagogiem/psychologiem z danej szkoły, do której uczęszczają dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi?
- Jakiego rodzaju problemy są zdiagnozowane?
- Co robi Szkoła aby tym dzieciom pomóc (czy są organizowane warsztaty, zajęcia itp.)?
- Czy rodziny z MOPS-u mają przydzielonego asystenta rodzinnego?
- Ile rodzin objętych jest nadzorem Kuratora?
- Czy występuje w rodzinach ograniczenie władzy rodzicielskiej?
- Czy są rodziny z założoną niebieską kartą?
- Jakie jest wykształcenie w rodzinach z problemami alkoholowymi?
- Czy w tych rodzinach występuje niski status zawodowy, czy raczej można zauważyć zmianę w tendencji nadużywania alkoholu w rodzinach, gdzie jest wysoki status zawodowy?
- Czy rodziny z wyższym statusem zawodowym gdzie występuje problem alkoholowy są objęte (pomocą) przez MOPS?

- Jak wygląda sytuacja z problemem alkoholowym w rodzinach gdzie występuje wysoki status materialny – mam na uwadze informację czy poprzez problem alkoholowy ten wysoki status materialny został utracony?

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu sporządzono notatkę, w której zawarto informacje dotyczące rodzin korzystających z pomocy MOPS w Radomiu z problemem alkoholowym w których wychowują się dzieci w wieku od 7 do 17 lat. Aktualnie ze wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Radomiu korzysta 91 rodzin z problemem alkoholowym, w których wychowują się dzieci w wieku 7-17 lat. Rodziny obejmowane są pomocą finansową a także wsparciem w postaci pracy socjalnej.

Spośród ww. rodzin:

- 10 objętych jest wsparciem asystenta rodziny,
- 42 ma nadzór kuratora,
- w 60 wszczęta została procedura „Niebieskie Karty”,
- w 37 występuje ograniczenie władzy rodzicielskiej.

Ponadto w ramach programu „Nie jesteś sam – jeśli chcesz, możemy Ci Pomóc”, który dotyczy współpracy na rzecz osób i rodzin dotkniętych problemem alkoholowym, prowadzone są punkty konsultacyjne w ośmiu Zespołach Pracy Socjalnej. Z uwagi na występujący w środowisku problem alkoholowy rodziców, pracownicy MOPS zmuszeni byli zabezpieczać dzieci w pieczy zastępczej (w trybie art. 12 a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej).

W ramach współpracy, z inicjatywy pracowników socjalnych MOPS, w dwunastu szkołach na terenie miasta Radomia działają punkty konsultacyjne, gdzie dyżury wraz z pracownikami socjalnymi pełnią m.in. pedagodzy. Celem ww. punktów jest udzielanie porad, informacji oraz konsultacji z zakresu pomocy społecznej rodzicom, opiekunom oraz wychowawcom uczniów, a także wymiana informacji między pedagogami a pracownikami socjalnymi dotyczących funkcjonowania dzieci i rodzin z problemem alkoholowym. Pracownicy socjalni kierują pisma do szkół, przedszkoli w celu uzyskania informacji na temat funkcjonowania dzieci m. in. z rodzin z problemem alkoholowym, a także celem zaplanowania wspólnych działań pomocowych.

Wykształcenie rodziców w rodzinach z problemem alkoholowym, które obejmowane są wsparciem MOPS, jest zróżnicowane, jednakże zdecydowana większość posiada wykształcenie podstawowe, zawodowe i średnie, natomiast rzadziej wyższe.

W przypadku funkcjonowania dzieci w ww. rodzinach często wchodzą one w rolę rodziców, ukrywają ich problemy, wykazują większą samodzielność niż ich rówieśnicy (zajmują się młodszym rodzeństwem a także wykonują za rodziców prace domowe), mają problem z nauką a także trudność w nawiązywaniu prawidłowych relacji z rówieśnikami. W ww. rodzinach znaczna część dzieci posiada orzeczenia o niepełnosprawności a także potrzebie kształcenia specjalnego. Ponadto dzieci z „rodzin alkoholowych” często są zaniedbane higienicznie i emocjonalnie.

Szkoła ma w zakresie swoich obowiązków i wyznaczonych celów ścisłą współpracę z MOPS, ponieważ wspieranie dzieci z rodzin alkoholowych wymaga koordynacji działań placówek oświatowych i instytucji powołanych do pomocy rodzinie i dbania o jej prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie.

Poza MOPS-em szkoła współpracuje z Sądem Rodzinnym i pozostaje w kontakcie z kuratorami rodzinnymi, którzy sprawują nadzór nad rodzinami alkoholowymi. Wywiad przeprowadzony z kuratorem rodzinnym przybliżył zakres jego współpracy i innych kuratorów rodzinnych z placówkami oświatowymi.

Uzyskane informacje pokazują, że według stanu na dzień 30.06.2025 r. kuratorzy rodzinni prowadzili 518 spraw opiekuńczych, w których postępowaniem wykonawczym objętych było 1500 osób (rodziców i małoletnich). W sprawach tych jedno bądź oboje rodzice są ograniczeni w wykonywaniu władzy rodzicielskiej nad małoletnimi dziećmi. Kuratorzy rodzinni prowadzą obecnie 6 spraw o leczenie odwykowe, gdzie sąd nałożył obowiązek leczenia odwykowego z kontrolą kuratora. Natomiast środowiska w których swoje czynności wykonują kuratorzy rodzinni są bardzo zróżnicowane. Wykonują je zarówno w blokach socjalnych, jak w dzielnicach tzw. willowych. Przeciętna rodzina oddana pod nadzór kuratora utrzymuje się z zasiłków socjalnych, programu 800+, bądź innych form wsparcia. Są to najczęściej rodziny, gdzie rodzice pozostają w związkach nieformalnych. Często kobiety mają dzieci z różnymi partnerami, bądź wychowują je samotnie. Marginalnie partnerami są osoby odbywające kary pozbawienia wolności. Część z osób poddanych nadzorowi ma orzeczenia o niepełnosprawnościach intelektualnych, leczą się psychiatrycznie, lub pozostaje niezdiagnozowana ale z widocznymi deficytami. Dominuje wykształcenie zawodowe i średnie z niewielkim procentem wyższego i podstawowego. Zdarzają się osoby z wyższym wykształceniem, które na skutek nadużywania alkoholu znalazły się w kryzysie i mają w związku z tym ograniczoną władzę rodzicielską. Rodziny objęte nadzorem prowadzą bardzo różny styl życia. Ci którzy pracują, starają się łączyć pracę zawodową z opieką nad dziećmi. Osoby pozostające na zasiłkach

najczęściej przyjmują postawę roszczeniową, niejednokrotnie żądając od kuratora zaangażowania się np. w kontakty ze szkołą, czy w konflikty z byłymi partnerami. Same pozostają bierne, dzieląc czas na oglądanie tv czy spotkania z podobnymi znajomymi. Są też postawy skrajne, jak zaniechanie dzieci, nadużywanie alkoholu, bądź środków odurzających, czy też przemoc wobec dzieci. Wówczas kuratorzy występują z wnioskami o objęcie leczeniem odwykowym, o pozbawienie władzy rodzicielskiej, bądź w skrajnych sytuacjach o odebranie dzieci i umieszczenie w pieczy zastępczej. Udzielający wywiadu kurator rodzinny nie był w stanie podać dokładnej liczby dzieci w wieku 7-17 lat objętych nadzorem. Albowiem dziecko jako nieletni, może być oddane pod nadzór kuratora od lat 10. Natomiast w sprawach opiekuńczych to rodzice są oddani pod nadzór a nie dzieci. Część rodzin objętych nadzorem ma problemy z prawem karnym. Najczęściej są to sprawy związane z przemocą, kradzieżami, bądź posiadaniem środków odurzających. Dzieci w tych rodzinach najczęściej przejawiają objawy demoralizacji poprzez niesystematyczne chodzenie do szkoły (nie są pilnowane w tych aspektach przez rodziców a w skrajnych przypadkach zachęcane, by np. w tym czasie zarabiać pieniądze. Popadają również w konflikt z prawem karnym, dokonując kradzieży, dewastacji, czy innych występków o charakterze chuligańskim. W takich sytuacjach kuratorzy kierują do sądu stosowne wnioski o wszczęcie postępowania lub umieszczenie w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych. Niewydolność wychowawcza w rodzinach objętych nadzorem kuratora najczęściej polega na skrajnych zachowaniach:

- braku wymagań wobec dzieci – nadmiernych wymaganiach,
- braku kontaktu z nimi – nadopiekuńczości,
- zaniechania ich potrzeb – nadmiernego zaspakajania,
- brak umiejętności pedagogicznych wobec braku wzorców wyniesionych ze swoich rodzinnych domów,
- nadużywaniu alkoholu przez co następuje zatracenie więzi z dziećmi,
- występujący u niektórych podopiecznych zespół Otella, co zaburza zajmowanie się dziećmi na rzecz skupienia się na wymyślonych zdradach partnera/partnerki (częściej występuje u mężczyzn).

Kurator rodzinny podał przykład rodziny, która pozostaje pod jego nadzorem. Przypadek ten dotyczy objęcia nadzorem ograniczonej we władzy rodzicielskiej nad małoletnimi dziećmi rodziny. Matka małoletnich dzieci jest bez stałego miejsca zameldowania. Posiada ona zawodowe wykształcenie, obecnie nigdzie nie pracuje zarobkowo, jest zarejestrowana

w Powiatowym Urzędzie Pracy w Radomiu, posiada status bezrobotnego bez prawa do zasiłku. Brała udział w organizowanym przez PUP – opiekunka dziecięca. Zgodnie z udzielonymi informacjami jest osobą zdrową, w przeszłości przebyła leczenie w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej na oddziale leczenia uzależnień. Leczenie miało miejsce w 2023 roku i od tego czasu uczestniczka zapewnia, iż alkoholu nie spożywa w ogóle. Jej partner posiada średnie niepełne wykształcenie, zatrudniony jest na podstawie umowy o pracę w firmie, pracę wykonuje na stanowisku kierowcy międzynarodowego – pracę wykonuje w systemie od poniedziałku do piątku, weekend w domu lub w kolejnym tygodniu od poniedziałku do środy – pozostałe dni w domu. Uzyskuje średnie miesięczne wynagrodzenie w wysokości około 6000 złotych. Planuje zmianę miejsca pracy, tak aby nie wiązało się to z całonocnymi wyjazdami z domu. Zgodnie z oświadczeniem jest osobą zdrową, nałogowo pali papierosy, nie był karany sądowo. Rodzina zamieszkuje w wynajętym mieszkaniu. Dwie małe dzieci zapisane są do przychodni zdrowia, mają wykonywane obowiązkowe szczepienia lekarskie, są zdrowe. Dziewczynki uczęszczają do Publicznego Przedszkola w Radomiu. Kurator ustalił, że dziewczynki są dobrze zaaklimatyzowane w grupie, lubiane przez kolegów i koleżanki, bardzo chętnie chodzą do przedszkola. Kontakt z przedszkolem utrzymują oboje rodzice. W ramach prowadzonego nadzoru są przeprowadzane z nadzorowaną matką dziewczynek rozmowy wychowawcze, motywujące, w razie występowania konieczności dyscyplinujące. Nadzorowana wymaga wsparcia i motywacji w aspekcie utrzymywania abstynencji. Kurator ma kontakt w zależności od potrzeb z placówkami oświaty małych dzieci.

Współpraca kuratorów rodzinnych z placówkami oświatowymi pozwala monitorować wszelkie niepokojące zachowania ze strony dzieci w przedszkolu czy też w szkole i na bieżąco wdrażać działania interwencyjne. Szkoły współpracują także z Caritas Diecezji Radomskiej, która oferuje pomoc rodzinom dotkniętym problemem alkoholowym. Na uwagę zasługuje tu szczególnie działalność placówki wsparcia dziennego – Świetlicy Akademia Młodych. Świetlica Akademia Młodych jest placówką wsparcia dziennego typu opiekuńczo-specjalistycznego obejmująca wsparciem przede wszystkim dzieci i młodzież w wieku od 6 do 18 roku życia z rodzin zagrożonych lub dotkniętych wykluczeniem społecznym z powodu niewydolności opiekuńczo-wychowawczej, konfliktów, alkoholizmu, ubóstwa materialnego, bezrobocia, wielodzietności, samotnego rodzicielstwa, choroby, uzależnień, traumy. W ramach działań organizowane są zajęcia opiekuńczo-wychowawcze, pomoc w nauce, zajęcia specjalistyczne, dożywianie, wspieranie

oddziaływań wychowawczych rodziców oraz pomoc materialna udzielana dzieciom i ich rodzinom. Zajęcia w świetlicy odbywają się w dni robocze od poniedziałku do piątku od godziny 13:00 do godziny 18:00, a w ferie i wakacje od godziny 10:00 do godziny 15:00. Do placówki dzieci są przyjmowane na wniosek rodziców/opiekunów prawnych, pracowników MOPS lub pedagogów szkolnych. Do prowadzenia poszczególnych zajęć zatrudnione są osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i wolontariusze. Placówka zrealizowała następujące zadania:

- „Prowadzenie placówki wsparcia dziennego na terenie Gminy Miasta Radomia Akademia Młodych 2024”. Cel zadania: zorganizowanie zajęć opiekuńczo-wychowawczych. Zadaniem objętych było 30. dzieci i młodzieży w wieku od 6 do 18 roku życia,
- „Prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z programem profilaktycznym lub socjoterapeutycznym”. Cel zadania: zorganizowanie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i profilaktycznych (socjoterapeutyczne, profilaktyczne, kulinarne, plastyczne, sportowe), w tym profilaktyka alkoholowa, promowanie trzeźwego stylu życia oraz zmniejszenie skutków zdrowotnych i społecznych wynikających z nadużywania alkoholu. Zadaniem objętych było 30. dzieci i młodzieży z wieku od 6 do 18 roku życia,
- „Zorganizowanie wypoczynku letniego dla dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniami”. Cel zadania: zorganizowanie 11-dniowego wypoczynku w formie wyjazdowej do Krościenka. Zadaniem objętych było 30. dzieci i młodzieży w wieku od 7 do 16 roku życia zagrożonej uzależnieniami, z terenu miasta Radomia,
- „Wspieranie realizacji programów profilaktycznych lub socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych skutkami alkoholizmu, realizowanych w trakcie wakacji – Uśmiechnięte wakacje 2024”. Cel zadania: ograniczenie szkód związanych z problemem uzależnień w województwie mazowieckim oraz ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i przemocy w rodzinie z problemem, poprzez zorganizowanie 11-dniowego wypoczynku w formie wyjazdowej do Krościenka dla 40. dzieci i młodzieży z terenu województwa mazowieckiego.

Należy podkreślić, że kościół angażuje się we współpracę ze szkołami na rzecz dzieci zaniedbanych wychowawczo z rodzin alkoholowych, także poprzez opłacanie dla nich obiadów szkolnych, czy też refundowania wyjazdów na wycieczki szkolne, lub wyjścia do

kina, teatru. Przytoczone przez autorkę rozprawy przykłady dowodzą, że szkoła nie jest odosobniona w swoich działaniach wspierania dzieci z rodzin alkoholowych, ale może liczyć na działania pomocowe ze strony MOPS, Sądu Rodzinnego i Kościoła. Można przyjąć, że instytucje te wręcz mobilizują szkołę do działań na rzecz dzieci z rodzin alkoholowych, wkraczając w środowisko szkoły.

Szkoła ma obowiązek informować dzieci z rodzin alkoholowych i ich rodziny, gdzie w Radomiu mogą uzyskać wsparcie i jako jest jego zakres. Pomoc psychologiczną, terapeutyczną lub społeczną można w Radomiu uzyskać w:

- Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 3 w Radomiu. Są to konsultacje psychologiczno-pedagogiczne, terapia, wsparcie uczniów i rodzin,
- Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu (PCPR). Jest to poradnictwo psychologiczne, rodzinne, w zakresie uzależnień; pomoc socjalna, wsparcie prawne, interwencja kryzysowa,
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Radomiu. Jest to pomoc psychologiczna natychmiastowa, wsparcie kryzysowe, poradnictwo,
- Centrum Psychoterapii „Polepsze jutro” Radom. Jest to psychoterapia, wsparcie psychologiczne, rozwój osobisty,
- Fundacja Familis (program przeciwdziałania przemocy domowej). Są to: wsparcie, grupa wsparcie, działania profilaktyczne wobec przemocy domowej.

Konkludując, szkoła ma duże możliwości by wspierać dzieci z rodzin alkoholowych i może w tym celu pozyskiwać sprzymierzeńców w postaci instytucji działających na rzecz rodzin dysfunkcyjnych, ale odrębnym problemem jest fakt, czy podejmuje efektywnie taką współpracę.

ROZDZIAŁ VI

AUTORSKI PROGRAM POMOCY DZIECIOM Z RODZIN ALKOHOLOWYCH W POKONYWANIU TRUDNOŚCI W ŚRODOWISKU SZKOLNYM – „SCHODAMI W DOROSŁOŚĆ”

6.1. Założenia teoretyczne programu

Założenia teoretyczne programu mają być kompendium wiedzy, która posłuży do pracy z dziećmi i młodzieżą w docelowej grupie objętej działaniami profilaktycznymi od 7 do 17 lat. Program ma wyposażyć jednostkę w kompetencje formułowania przekonań na swój temat w aspekcie – „jak widzę siebie”, „jak mnie mogą widzieć inni”. Uczestnicy programu powinni umieć wskazać swoje mocne i słabe strony. Młodzież ma określić swoją podmiotowość w kontekście płaszczyzn funkcjonowania społecznego. Podstawową zasadą programu jest, aby uzyskane kompetencje pozwoliły odciąć się jednostce od stereotypowych ról, jakie pełnią w rodzinie dzieci alkoholików, a tym samym odrzucić od siebie poczucie winy za sytuację w rodzinie związaną z alkoholizmem rodzica (ów) i nie mieć poczucia obowiązku przejmowania roli rodzica w stosunku do rodzeństwa, czy także pijanego rodzica; nie mieć poczucia wstydu za rodzinę z problemem alkoholowym. Tak ukształtowana osobowość daje szansę na pozytywne wkroczenie „schodami w dorosłość”, gdzie nawet będąc DDA (dorosłym dzieckiem alkoholika), można żyć w sposób satysfakcjonujący, dbać o własny dobrostan psychiczny we wszystkich aspektach życia. Życie w rodzinie z problemem alkoholowym pozostawia piętno na całe życie i tylko jednostka wyposażona w silne poczucie własnej wartości oraz kompetencje samooceny może zmierzyć się z „ciemną” stroną dzieciństwa i młodości, a także iść własną drogą „schodami w dorosłość” ku „jasnej” stronie funkcjonowania w społeczeństwie. Umiejętność pokazywania „kim jestem”, „na co mnie stać” – to dla dzieci alkoholików podstawa pokonywania kolejnych „schodów w dorosłość” i satysfakcjonującego realizowania się na szczycie schodów, gdzie są „drzwi do wejścia w dorosłość”.

Założenia teoretyczne programu odwołują się do dorobku naukowego psychologii i myśli Kościoła Katolickiego, dla którego dziecko jest największą wartością, a wszelkie zagrożenia jego prawidłowego rozwoju psychofizycznego i społecznego są przedmiotem

analiz i poszukiwaniem dróg pomocy, a także wskazywania, jak należy kształtować poczucie odpowiedzialności za nie. Założenia teoretyczne dotyczą:

- wartość dziecka w nauczaniu Jana Pawła II,
- psychologiczna koncepcja „Ja”
- psychologiczna koncepcja samooceny,
- budowanie poczucia własnej wartości.

Osoby realizując program „Schodami w dorosłość” z grupą w wieku 7-17 lat powinny planując zajęcia pamiętać, że efekty programu są uwarunkowane jakością wiedzy, którą uzyskają uczestnicy programu. Każde dziecko jest wartością i największym dobrem dla rodziny i społeczeństwa. Dzieci żyjące w rodzinach z problemem alkoholowym, szczególnie powinny mieć świadomość, że mają prawo do godności i szacunku. Nie można tworząc taki program pominąć nauczania Jana Pawła II, który w swoich wypowiedziach podkreślał godność i wartość każdego dziecka. Źródło tej godności widział w tajemnicy Wcielenia, a Boże Narodzenie uważał za święto wszystkich dzieci na świecie. W swoim nauczaniu stał po stronie dziecka poczętego, zagrożonego aborcją, chorego, niedożywionego, porzuconego, skazanego na bezdomność, pozbawionego ciepła własnej rodziny, będącego ofiarą wojen i ulegającego różnym formom gwałtu i przemocy ze strony dorosłych (Rynio, 2003, s. 137).

Mówiąc o dziecku w rodzinie Papież posłużył się pojęciem daru. W Liście do rodzin w 11 punkcie napisał: „cały ten proces poczęcia i rozwoju w łonie matki, wreszcie zrodzenia, wydania na świat służy do stworzenia stosownej jakby przestrzeni, aby ten nowy człowiek mógł się objawić” (Rynio, 2003, s. 139).

Na szczególną uwagę zasługują słowa Jana Pawła II, że „społeczność, która odrzuca dzieci, spycha je na margines lub zmusza do życia w sytuacjach beznadziejnych, nigdy nie zazna pokoju (...) dziecko przychodzi na świat w rodzinie, która stanowi podstawową i niezastąpioną wspólnotę wychowawczą (...) rodzina stwarza optymalne warunki do przekazywania wartości religijnych i kulturowych, które pomagają człowiekowi w kształtowaniu własnej tożsamości” (Oszustowicz, 2003, s. 341).

Program „Schodami w dorosłość” opiera się o dorobek psychologii. Uczestnicy tego programu muszą poznać znaczenie poszczególnych pojęć, aby zrozumieć „samiych siebie” i ocenić „własną wartość”. Wojciszke (2002, s. 137) definiuje „Ja” jako „(...) luźną strukturę różnych ról i tożsamości społecznych przekonań na własny temat i samoocen oraz wartości i elów uznawanych za własne”. Pojęcie „Ja” obejmuje: własne ciało (jego obraz i ocenę);

wiedzę o sobie (tzn. strukturę Ja); tożsamość (która nadaje poczucie ciągłości Ja w czasie i zmieniających się sytuacjach, a także odróżnia jednostkę od innych), zdolność i skłonność dokonywania wyborów, działań celowych i samoregulacji (Kida, 2013, s. 10).

Wartość oznacza to, co cenne, godne pożądanego i wyboru i stanowi ostateczny cel ludzkich dążeń. Wartość definiuje się jako to, co ma znaczenie dla człowieka, co nadaje sens jego poczynaniom (Kida, 2003, s. 30).

Samooceńca to aspekt poznawczy poczucia własnej wartości. Główną funkcją samooceny jest jej działanie regulacyjne. Dzięki samoocenie jednostka określa własną istotę, wyodrębnia siebie ze środowiska. Samooceńca umożliwia ocenę wartości własnej osoby w kwestii zdolności, sukcesu, znaczenia w otoczeniu, pozwala jednostce określić swoje możliwości (Kupisiewicz, 2014, s. 318). Poczucie własnej wartości jest jednym z najważniejszych konstruktów osobowościowych człowieka i regulatorów ludzkiego zachowania, mającym wpływ na stosunek jednostki do siebie i do otoczenia (Wosik-Kawała, 2007, s. 11). Poczucie własnej wartości zapewnia:

- umiejętność dostrzegania swoich pozytywnych cech i doceniania ich,
- wiarę we własne możliwości, myślenie o sobie w sposób przyjazny,
- skuteczność w realizacji ustalonych planów i życiowych priorytetów,
- szacunek do siebie i innych,
- umiejętność rozwiązywania konfliktów,
- umiejętność przyznania się do popełnionych błędów, umiejętność przyjmowania krytyki i wyciągania właściwych wniosków na przyszłość,
- otwartość na pozytywne wpływy,
- gotowość do udzielania wsparcia ludziom oraz przyjmowania pomocy ze strony innych,
- postawę asertywną,
- przedsiębiorczość, kreatywność, odwagę w podejmowaniu inicjatywy, umiejętność podejmowania decyzji i ryzyka,
- zdolność do radzenia sobie ze zmianami, elastyczność (Ryś, 2011, s. 78).

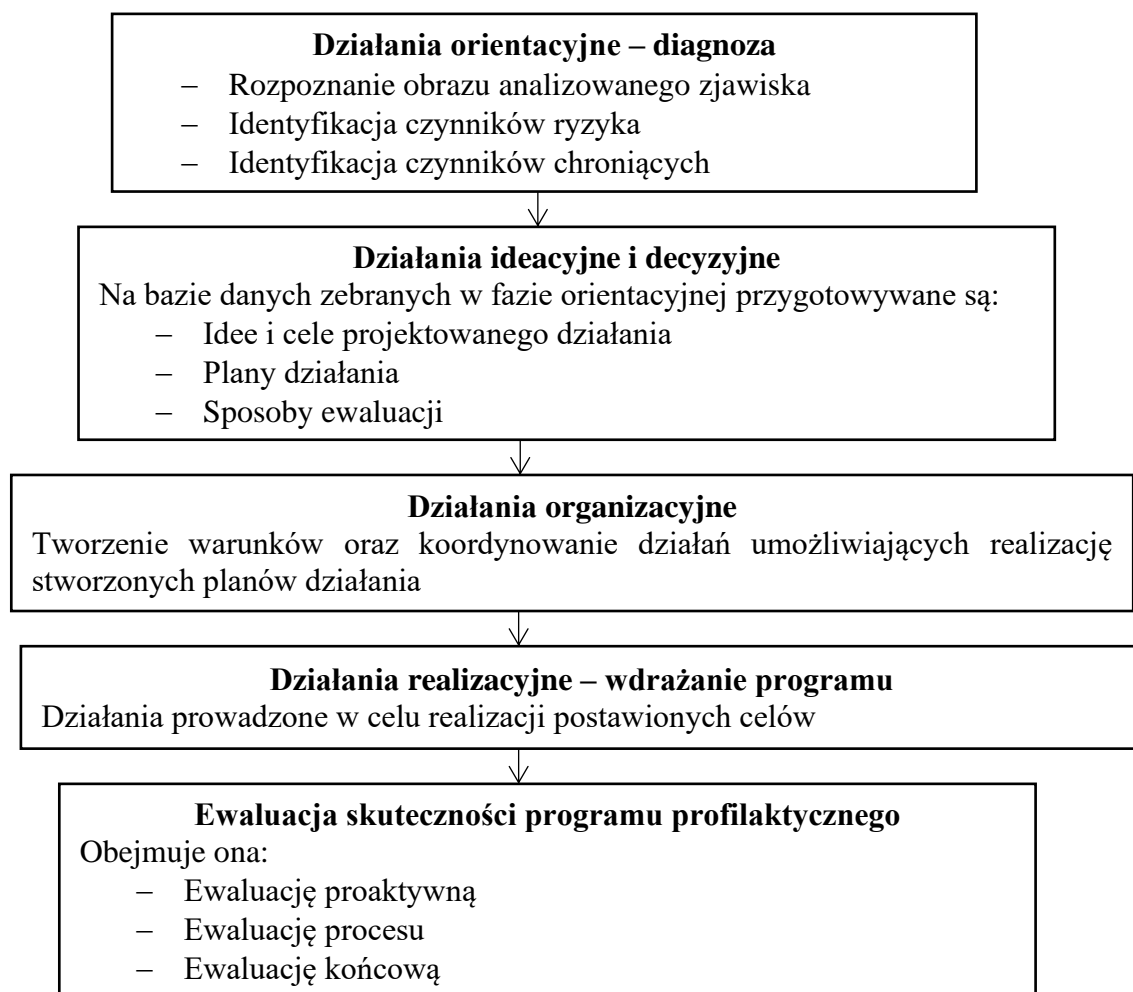
Samooceńca służy analizie obrazu „Ja”. Kozielecki (1986) uważa, że jest to samowiedza. Samowiedza jest systemem wiedzy o samym sobie, powstałym w efekcie gromadzenia i integrowania informacji dotyczących samego siebie. Samooceńca w aspekcie samowiedzy o sobie może prowadzić do samoakceptacji i samokontroli.

6.2. Zasady tworzenia programu

Przygotowanie programu o charakterze profilaktycznym „Schodami w dorosłość”, mającym na celu pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych w pokonywaniu trudności w środowisku szkolnym, poprzedzono zapoznaniem się z konstruowaniem takiego programu. Program „Schodami w dorosłość” ma zapobiegać trudnościom w środowisku szkolnym dzieciom alkoholików, a jednocześnie przygotować je do radzenia sobie z tymi trudnościami w aspekcie ich pokonywania, a drogą do tego powinna być u nich umiejętność dokonywania samooceny i poczucie własnej wartości. Ziarko (2012, s. 374) pisze, że „przygotowanie programu profilaktycznego, a następnie jego wdrożenie jest procesem długotrwałym, obejmującym kilka kroków niezbędnych do jego prawidłowego przeprowadzenia. W każdym programie wyróżnia się trzy fazy w których podejmowane są działania zmierzające do jego wykonania. Są to:

1. Faza przygotowawcza – działania orientacyjne, ideacyjne i decyzyjne,
2. Faza realizacyjna – wykonywanie zadań organizacyjnych i merytorycznych,
3. Faza ewaluacyjno-korekcyjna – weryfikacja poszczególnych działań podejmowanych podczas realizacji programu oraz ocena efektywności”.

Poniżej przedstawiono schemat przebiegu tworzenia programu profilaktycznego, gdzie także ma miejsce określenie grupy adresatów programu.



Rysunek 1. Schemat przebiegu tworzenia programu profilaktycznego (Ziarko, 2012, s. 375)

Należy zaznaczyć, że proces „poznawania wszystkich znaczących aspektów funkcjonowania psychospołecznego potencjalnych odbiorców programu, które są istotne dla rozpoznawania przyczyn dysfunkcji i zaprojektowania działań profilaktycznych możemy określić jako diagnozę dla potrzeb przygotowawanego programu profilaktycznego” (Ziarko, 2012, s. 377).

Konkludując, zadaniem diagnozy, którą przeprowadza się dla potrzeb programu profilaktycznego jest możliwie najdokładniejsze opisanie stanu wyjściowego środowiska biopsychospołecznego, w którym funkcjonują odbiorcy programu, z uwzględnieniem jego zasobów i deficytów. Opis ten wykorzystuje się do identyfikacji psychospołecznych mechanizmów zwiększania prawdopodobieństwa występowania trudności w środowisku szkolnym dzieci alkoholików.

6.3. Cele i adresaci programu

PROGRAM „Schodami w dorosłość” – autorski program wspierający dzieci z rodzin alkoholowych w pokonywaniu trudności w środowisku szkolnym skierowany jest do dzieci, młodzieży w wieku 7-17 lat, pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym i będących uczniami szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Są one grupą zagrożoną ryzykiem wystąpienia problemów edukacyjno-wychowawczych w szkole z racji wychowywania się w środowisku rodzinnym, które jest dotknięte patologią alkoholizmu. Biorąc pod uwagę przedział wiekowy dzieci 7-17 lat, zostaną one podzielone na grupy: od 7 do 11 lat i od 12 do 17 lat.

Proces twórczy programu wymagał nakreślenia przez autorkę rozprawy jego celów. Cel główny: Ukształtowanie u dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym poczucia własnej wartości, umiejętności dokonywania samooceny w aspekcie psychologicznej natury Ja i wizerunku siebie oraz poczucia tożsamości. Konstruując cel główny, przyjęto założenie, że poczucie własnej wartości jest drogą do adaptacji w środowisku szkolnym i pokonywania pojawiających się trudności. Poczucie własnej wartości i tożsamości Ja są podstawą do wchodzenia „schodami w dorosłość”, ponieważ tylko jednostka, która zna swoją wartość i akceptuje siebie oraz ma poczucie własnej sprawczości, może aktywnie dążyć do celu i radzić sobie w sytuacjach trudnych, które wymagają znajomości zasobów własnych i umiejętności aktywizacji ich.

Cele szczegółowe:

- uświadomienie dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym, że zasługują na taki sam szacunek, że zasługują na taki sam szacunek, co ich rówieśnicy z rodzin, gdzie nie ma tego problemu. Dorastanie w rodzinie alkoholycznej niesie za sobą traumatyczne przeżycia, a jednostka dorastająca w takim środowisku nie może dodatkowo czuć się winna za alkoholizm rodziców i to jak wygląda i funkcjonuje jej rodzina,
- kształtowanie umiejętności samooceny i poczucia własnej tożsamości jest podstawą ukształtowania osobowości kreatywnej o poczuciu własnej godności oraz sprawczości (dam radę, potrafię to zrobić),
- umożliwienie dzieciom i młodzieży podzielenia się jakie mają problemy w środowisku szkolnym, a także jakie obawiają się mieć w życiu dorosłym jako dzieci alkoholików. Należy im wskazać jak bardzo może im pomóc w pokonywaniu tych trudności pozytywna samoocena i poczucie własnej wartości,

- przebywanie w grupie uczy relacji interpersonalnych, daje możliwość wyrażania swojego zdania, opinii, wykazania się posiadanymi kompetencjami. Zrozumienia, że podobne problemy do mnie mają inni moi rówieśnicy,
- dzieci i młodzież powinny poznać znaczenie pojęć: „Ja”, samoocena, poczucie własnej wartości. Uświadomienie dzieciom i młodzieży: że rozwój ich osoby prowadzi do rozwoju ich osobowości – realizacji posiadanych przez nich potencjałów; że każde z nich jest indywidualnością – skarbnicą atrybutów, które należy uaktywnić.

6.4. Formy i metody pracy wykorzystywane w programie

Konstruując program wyznaczono czas jego trwania, formy i metody pracy. Nakreślono strukturę programu i jego ewaluację. „Schodami w dorosłość” ma charakter całoroczny (wg potrzeby może być realizowany przez kolejne lata). Zajęcia planowane w cyklach semestralnych. Formy i metody pracy:

- zajęcia z podziałem na grupy wiekowe (7-11 lat, 12-17 lat). Grupa liczy średnio 6-8 osób,
- spotkania indywidualne z psychologiem/pedagogiem,
- metody pracy: zabawy w kole (np. każdy mówi o sobie coś pozytywnego), młodzież – scenki tematyczne (inscenizacje); dla dzieci młodszych zabawy w teatr oraz grupowe pozbawione elementu rywalizacji (np. „berek”, „chowany”), psychodrama dla młodzieży (młodzież uczestniczy w zajęciach proszona jest, aby wróciła myślą do określonego zdarzenia, kiedy ojciec czy matka pili i przypomniła sobie, co wtedy czuli. Kartki z nazwami poszczególnych emocji pozwalają im zidentyfikować własne uczucia. Po tym wybierają osobę (osoby z grupy) aby odegrać określaną scenkę. Inny rodzaj psychodramy np. technika pustego krzesła. Członek grupy siedzi naprzeciwko pustego krzesła, otoczony przez pozostałych członków grupy. Osoba wewnątrz kręgu udaje, że puste krzesło zajmuje jej matka albo ojciec alkoholik, z którym rozmawia. Prowadzący zajęcia zachęca uczestnika do wyrażenia słowami i czynami nie ujawnionych dotąd uczuć względem tego właśnie rodzica: „Co chciałbyś powiedzieć matce/ojcu, czego nigdy dotąd nie mogłeś zrobić?”. Po takiej rozmowie cała grupa uczestniczy w omówieniu tego doświadczenia),
- pogadanki w grupie (wyposażenie uczestników w podstawowe elementy wiedzy psychologicznej dotyczącej: „Ja”, samooceny, poczucia własnej wartości),

- arterapia (zajęcia plastyczne, zajęcia ruchowe przy muzyce),
- trening umiejętności społecznych (wskazywanie mocnych i słabych stron – dokonywanie samooceny).

Struktura programu opiera się o moduły. Moduł I: „Kształuję własną tożsamość – Ja”.

- uczestnik (uczestniczka) programu posiada wiedzę dotyczącą, co znaczy pojęcie „Ja”, czym jest własna tożsamość – wiedza o sobie,
- uczestnik (uczestniczka) programu potrafi wyrażać swoje poglądy i je argumentować,
- uczestnik (uczestniczka) programu umie przedstawić informacje na swój temat, artykułować swoje pragnienia i aspiracje życiowe, ma poczucie własnej sprawczości, zna swoje prawa i nie zapomina o obowiązkach

Moduł II: „Rozpoznaję trudności i problemy szkolne”.

- uczestnik (uczestniczka) programu zna swoje mocne i słabe strony, co pozwala określić plan działań pomocowych
- uczestnik (uczestniczka) programu posiada umiejętność określenia, jakie rodzaje trudności ma z poszczególnych przedmiotów i czy samodzielnie może popełnić brak w wiedzy lub potrzebuje pomocy nauczyciela i dodatkowych lekcji. Z danego przedmiotu (np. fizyka, j. polski),
- uczestnik (uczestniczka) programu posiada kompetencje radzenia sobie w sytuacjach trudnych w szkole, umie mówić o swoich potrzebach, wie do kogo zwrócić się o pomoc.

Moduł III: „Uczę się, jak wejść w dorosłość”.

- wchodząc w dorosłość niezbędna jest kompetencja dokonywania samooceny. Tworząc ten moduł odwołano się do Gasiuła (2022, s. 262-263), który przedstawił propozycję powiązania ze sobą wartości samego siebie z drugim wymiarem motywacyjnym, czyli kompetencją. Kluczowe znaczenie w samoocenie mają dwa wymiary: godność i kompetencja. Kompetencja jest łatwiejsza do określenia (daje się uchwycić na poziomie rejestrowanych czy obserwowanych zachowań) i może być oceniana przez działania efektywne albo nieefektywne. Trudniejsza jest kwestia oceny godności, ponieważ jest bardziej subiektywna, jako przeżyciowy stan. Godność obejmuje osobiste, rodzinne, grupowe, czy ogólne wartości społeczne. Wartości podlegają ocenie, tzn. jedne są lepsze, drugie gorsze. Opis godności musi uwzględnić oceny w kategoriach „lepszego gorszego”, „dobrego złego”. Jednostki,

które oceniają siebie same wyżej w zakresie uznawanych wartości mają także wyższe poczucie godności. Kompetencja wyraża zachowanie (co robi) i jest efektem realizacji wielu rozwojowo ważnych procesów (np. nabywanie umiejętności poznawczych, społecznych); godność wyraża uczucia, przekonania w stosunku do samego siebie. Dla zrozumienia samooceny jednostkowej potrzebne jest pozwiązanie kompetencji i godności. Osoby o wysokiej samoocenie są bardziej przygotowane na stawianie czoła wyzwaniom życiowym, gdyż otrzymały dynamikę rozwojową, która wynika z odnoszonych w przeszłości sukcesów i podtrzymywanego przez innych poczucia własnej wartości. Niska samoocena, niskie poczucie godności skutkują trudnością w odkrywaniu własnej wartościowości w stosunku do innych, prowadzą do pewnej bezradności. Niska kompetencja i niskie poczucie wartości są podstawą stałego potwierdzenia bezwartościowości. Niska kompetencja prowadzi do skupiania się raczej na samych problemach niż na ich rozwiązywaniu. Powoduje to obniżenie zdolności tolerowania porażek i frustracji, a to z kolei uniemożliwia uczenie się nawyków niezbędnych do osiągnięcia sukcesu. Jest ona powiązana z poczuciem niepewności samego siebie. Edukacja psychologiczna jest podstawą osiągnięcia celów, kształtowania osobowości i samopoznania,

- wchodzenie w dorosłość jest uwarunkowane wiedzą o samym sobie. Im większa jest samoświadomość oparta na wiedzy psychologicznej z zakresu samooceny, tym jednostka będzie łatwiej pokonywać kolejne „schody w dorosłość”, a także mieć poczucie spełnienia i satysfakcję ze swojego życia oraz osiągniętej pozycji społecznej,
- wchodząc w dorosłość uczestnik (uczestniczka) programu posiada umiejętność patrzenia na siebie, jak na jednostkę pełnowartościową społecznie, która nie ma poczucia niższej wartości jako dziecko alkoholika (alkoholiczki). Bycie DDA nikogo nie dyskryminuje i nie przekreśla szansy na zdobycie wykształcenia, poczucia satysfakcji życiowej, czy stworzenia własnej szczęśliwej rodziny.

Opracowując program autorka zadbała o jego ewaluację dostosowaną do wieku badanej grupy i młodzieży. Uczestnicy programu w ramach jego ewaluacji otrzymują kwestionariusz z tabelą do oceny w skali od 0-10, jak udział w programie pozwolił im na: wzmocnienie poczucia własnej wartości, pozytywną samoocenę własnych możliwości, pokonanie trudności w nauce.

Kwestionariusz samooceny dla dzieci w wieku 7-11 lat*

Obszary samooceny	Skala punktacji 0 – 10
1. Akceptacja siebie (czy lubię siebie takim, jakim jestem i co robię)	
2. Akceptacja przez rówieśników (czy rówieśnicy mnie lubią)	
3. Akceptacja przez nauczycieli (czy nauczyciele traktują mnie dobrze)	
4. Akceptacja w rodzinie (czy jest mi dobrze w domu, czy czuję się kochany/a)	
5. Efektywność w nauce – uzyskiwanie pozytywnych wyników, brak problemów	
6. Aktywność w życiu szkolnym (udział w konkursach, olimpiadach przedmiotowych itp.)	
7. Rozwijanie zainteresowań własnych, udział w zajęciach pozalekcyjnych (koła zainteresowań: plastyczne, teatralne, sportowe, matematyczne itp.)	
Razem ilość punktów	

* Dziecko w grupie wiekowej 7-11 lat dokonując samooceny w wyznaczonych obszarach po zakończeniu programu wskazuje, które obszary istotne z punktu widzenia jego funkcjonowania w szkole uległy poprawie lub nie, czy nadal ma problemy w nauce i relacjach interpersonalnych w środowisku szkolnym, a także jak ocena samo siebie oraz czy rówieśnicy, nauczyciele i rodzina traktują je pozytywnie

* Uzyskana ilość punktów: 70 – samoocena bardzo dobra, 50-60 – samoocena dobra, 40-30 – samoocena zadowalająca, 20-0 – samoocena zła.

Kwestionariusz samooceny dla młodzieży w wieku 12-17 lat*

Obszary samooceny	Skala punktacji 0 – 10
1. Akceptuję siebie (myślę o sobie dobrze, lubię siebie)	
2. Wykazuję dużą aktywność (szkoła, grupa rówieśnicza, dom)	
3. Jestem pewny(na) siebie, nie boję się nowych zadań, lubię nowe wyzwania	
4. Formułuję i osiągam cele, jestem konsekwentny(na)	
5. Jestem odporny(na) na porażki	
6. Umiem odmawiać, gdy czegoś nie chcę (jestem asertywny(na))	
7. Jestem samodzielny(na)	
8. Wyróżnia mnie odpowiedzialność	
9. Szanuję poglądy innych i oczekuję tego w stosunku do siebie	
10. Dostosowuję się do zasad społecznych, szanuję obowiązujące prawo	
11. Radzę sobie w sytuacjach trudnych	
12. Umiem planować zadania i rozporządzać czasem	
13. Uważam się za osobę twórczą, kreatywną	
14. Umiem dostosowywać się do sytuacji	
15. Nauka jest dla mnie ważna, lubię się uczyć	
16. Posiadam umiejętność pracy w grupie, umiem przyznać się do błędów	
17. Lubię poznawać nowe rzeczy, jestem otwarty na świat i ludzi	
18. Nie czuję się gorszy(sza) od rówieśników, ponieważ moi rodzice mają problem alkoholowy	
19. Wierzę w siebie i we własne siły	
Razem ilość punktów	

* Młodzież w grupie wiekowej 12-17 lat, dokonując samooceny wskazuje na swoje mocne i słabe strony, które mogą mieć wpływ na ich osiągnięcia szkolne, relacje w grupie rówieśniczej oraz w środowisku szkolnym z nauczycielami, a także w rodzinie.

* Uzyskana ilość punktów: 190-170 – samoocena bardzo dobra, 160-120 – samoocena dobra, 110-70 – samoocena zadowalająca, 60-0 – samoocena zła.

Uczestnicy programu „Schodami w dorosłość” dokonując za pomocą punktacji samooceny poznają obszary, gdzie radzą sobie dobre oraz te, gdzie mają problemy. Dokonana w ten sposób samoocena pozwala na dokonanie autorefleksji, jakie obszary należy wzmocnić przy użyciu zasobów własnych, a gdzie potrzebne jest wsparcie pedagoga lub psychologa.

W celu dokonania oceny wpływu programu „Schodami w dorosłość” na funkcjonowanie dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w środowisku szkolnym i poza nim, skonstruowano narzędzia ewakuacyjne.

Formularz – samoocena – poczucie własnej wartości*

Samoocena					
Mierniki poczucia własnej wartości	Ocena				
	b.wysoka	wysoka	średnia	niska	b.niska
Opinie rówieśników o mnie w szkole					
Akceptacja, uznanie przez osoby dla mnie ważne w rodzinie					
Sytuacja społeczno-ekonomiczna mojej rodziny					
Przynależność do grupy, relacje moje z grupą poza szkołę					
Aprobata w szkole, opinia o mnie nauczycieli					
Realizowanie własnych celów, wiara we własne możliwości					
Umiejętność obrony swoich racji					

* Uczestnik dokonując samooceny przy wybranej ocenie stawia „+”. Po wypełnieniu formularza samooceny dokonywane jest zliczenie jakiego rodzaju oceny przeważały i które mierniki poczucia własnej wartości przeważały

Dokonywanie samooceny przez uczestników programu jest ważne, ponieważ pokazują oni jak siebie widzą i co o sobie myślą oraz postrzegają ich inni, w tym osoby dla nich znaczące, co może wzmacniać ich poczucie wartości. Formularz samooceny – poczucie własnej wartości jest kierowany do grupy wiekowej 12-17 lat.

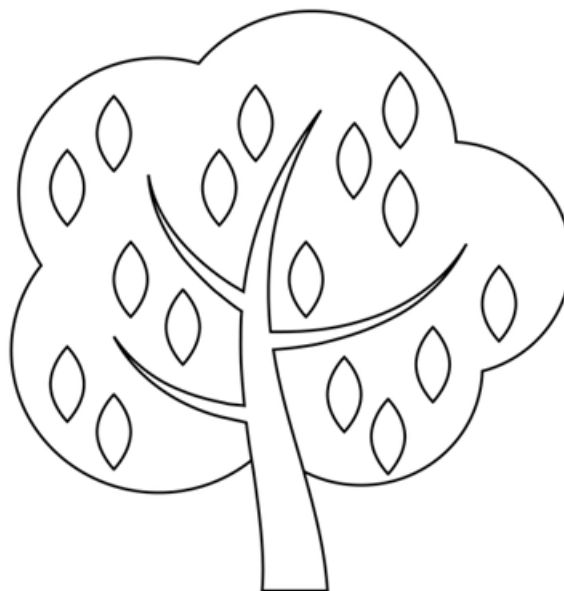
Dla dzieci z klas I-III szkoły podstawowej, zaprojektowano kartę samooceny „Jaki (jaka) jestem – moje problemy”*, z wykorzystaniem konturu drzewa, na którym dziecko rysuje liście i na każdym z nich wpisuje, co w sobie lubi, jakie jest, z czym ma problem.

Symbolikę drzewa wykorzystano odwołując się do porównania, że każdy człowiek jest jak drzewo, które może rozkwitać lub uschnąć. Uczestnik programu na konturze drzewa zaznacza za pomocą narysowanych liści swoje mocne i słabe strony, wpisuje cechy, które mogą mu pomóc w życiu osiągnąć cele lub być przeszkodą, także jak ma problemy i trudności w szkole.

* Określenie cech osobowości uczestnika w ramach samooceny pozwala na ustalenie w ramach terapii, jakie obszary osobowości należy wzmacniać, a jakie należy zbudować od podstaw

* Dziecin na liściach, które obrysowują do drzewa mogą wpisywać np. w ramach oceny siebie następujące cechy: lubię chodzić do szkoły, koledzy mnie lubią, mam przyjaciela, jestem obowiązkowy, ładnie czytam, lubię pisać opowiadania, nauczyciel mnie chwali, matematyka to mój problem, itp.

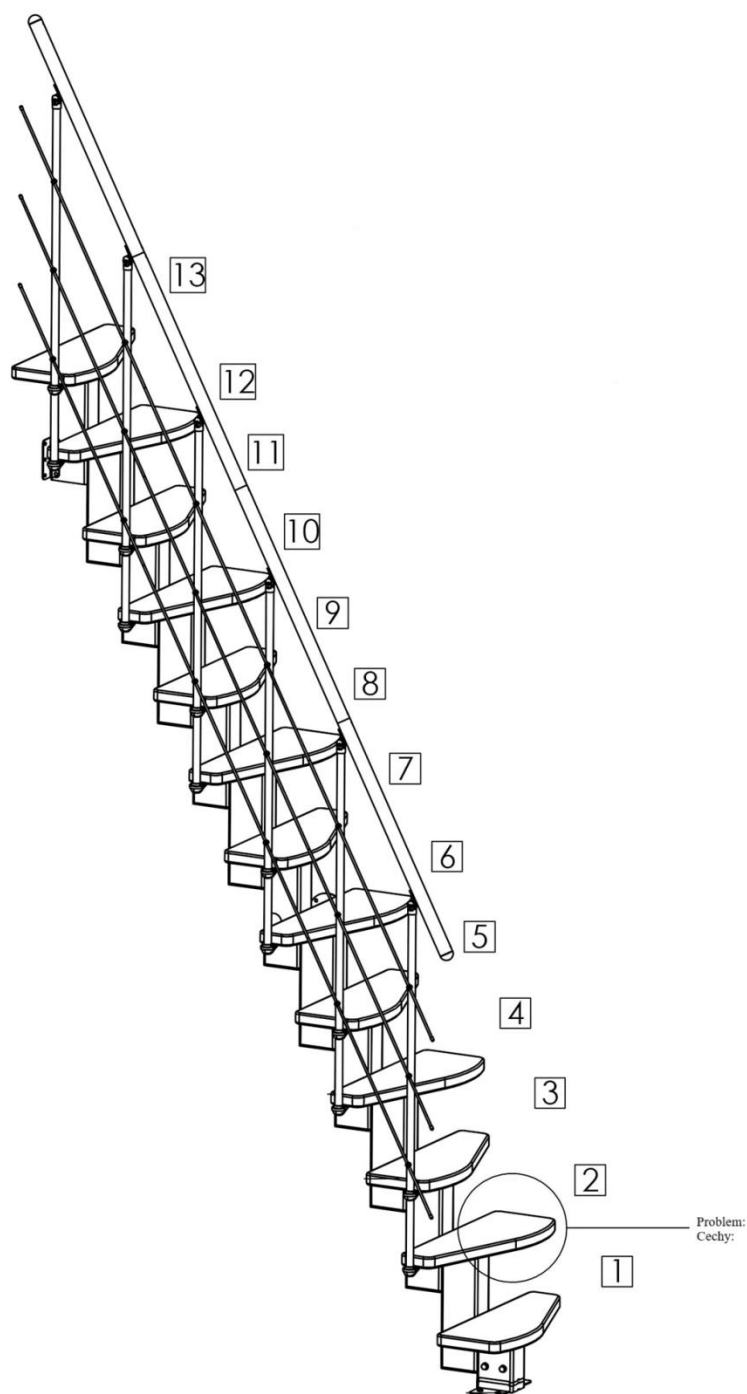
Karta samooceny – „Jaki (jaka) jestem – moje problemy” (drzewo, liście)



Pozostając w konwencji „schodów” opracowane Kartę samooceny – „Schody”, której celem jest ustalenie problemów w szkole, jakie posiada uczestnik programu „Schodami w dorosłość”. Motyw „schodów” pozwoli na ustalenie, czego najbardziej boi się dana osoba z grupy terapeutycznej, jakie problemy w szkole są dla niej istotne i jakie chce rozwiązać. Każdy kolejny stopień oznacza większe trudności w rozwiązywaniu problemu. Obok

problematyki w szkole uczestnik programu pisze, które jego cechy mogą mu pomóc pokonać problem w środowisku szkolnym. Karta samooceny – „Schody” jest przeznaczona dla grupy wiekowej od 12 do 17 lat. Rozpoznanie problemów szkolnych oraz określenie zasobów własnych (cech osobowościowych) jest skutecznym sposobem „wchodzenie w dorosłość”.

Karta samooceny problemów w środowisku szkolnym – „Schody”

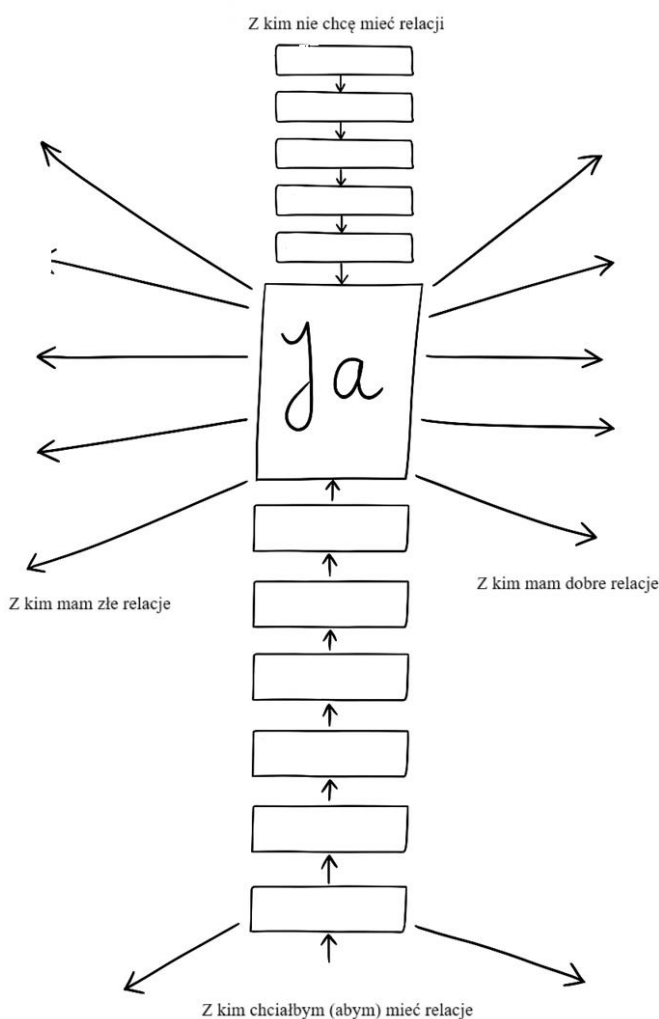


Narzędziem, które może być pomocne, aby dokonać ewaluacji programu „Schodami w dorosłość” jest Karta samooceny – „Ja i moje relacje”. Relacje są ważnym elementem do dokonywania samooceny, poczucia własnej wartości i zadowolenia z życia. Uczestnik programu na rysunku wymienia 5 osób znaczący dla niego, z którymi ma dobre relacje i 5 osób, z którymi ma złe relacje. Poniżej Ja uczestnik wpisuje, z kim chciałby mieć relacje, powyżej Ja uczestnik wpisuje, z kim nie chce budować relacji.

* Informacje zawarte w Karcie samooceny „Ja i moje relacje” pozwalają poznać, jak uczestnik programu „Schodami w dorosłość” postrzega swoje relacje interpersonalne, które z nich są dla niego znaczące, a które w jego ocenie ograniczają jego funkcjonowanie psychospołeczne i które on sam świadomie odrzuca.

* Kartę samooceny – „Ja i moje relacje” wypełniają uczestnicy w wieku od 12 do 17 lat.

Karta samooceny – „Ja i moje relacje”



Autorski program „Schodami w dorosłość”, w którym pozostawiono na budowanie poczucia własnej wartości i samoocenę z pewnością może pomóc dzieciom z rodzin alkoholowych w pokonywaniu trudności w środowisku szkolnym. Samoocena jest podstawą do ustalenia, jakiego rodzaju dziecko/młody człowiek ma problemy i trudności, a poczucie własnej wartości, ocena mocnych i słabych stron osobowościowych oraz własnych zdolności i kompetencji pozwoli mu na podjęcie działań naprawczych.

Konkludując, celem programu „Schodami w dorosłość” jest uświadomienie dzieciom z rodzin alkoholowych, że bycie dzieckiem alkoholika/alkoholiczki nie dyskryminuje nikogo społecznie, nie odbiera szansy na bycie szczęśliwym i wartościowym człowiekiem, który cieszy się szacunkiem i zaufaniem w społeczeństwie, realizuje swoje aspiracje zawodowe i osobiste. Dzieci z rodzin alkoholowych powinny zrozumieć, że to one decydują o tym, jakie będzie ich życie, o ile należycie wykorzystają potencjał, który w nich tkwi, a drogą do tego jest samoocena i poznanie własnej wartości. Poczucie własnej wartości, szczególnie w dorosłym życiu może pozwolić odciąć się od koszmaru dzieciństwa i młodości w domu, gdzie alkohol i jego skutki zdominowały życie jego członków oraz przyjąć zasadę – „moje życie może być inne – o moim życiu decyduję wyłącznie Ja”. DDA mają pełne prawo odciąć się od tzw. rodziny pochodzenia, o ile nadal stanowi ona zagrożenie dla ich psychospołecznego funkcjonowania i osiągniętego statusu społecznego.

Formy i metody pracy wykorzystywane w programie pozwoliły autorce rozprawy do nakreślenia rekomendacji do programu „Schodami w dorosłość”:

- Celowość programu. Odpowiada on na realne potrzeby dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat, szczególnie tych, którzy dorastają w środowiskach obciążonych problemami uzależnień, dysfunkcji rodziny czy zaniedbań emocjonalnych. Zawarte w nim treści mają charakter profilaktyczny, edukacyjny i terapeutyczny, wspierając młodych ludzi w budowaniu poczucia własnej wartości, umiejętności społecznych oraz znajomości dostępnych form pomocy.
- Adekwatność form pracy. Zastosowanie warsztatów i pracy w grupach sprzyja rozwijaniu umiejętności interpersonalnych, budowaniu relacji opartych na zaufaniu. Pogadanki i spotkania z ekspertami (policjant, psycholog, terapeuta) pozwalają na rzetelne przekazanie wiedzy i obalenie mitów dotyczących m.in. uzależnień, przemocy czy bezpieczeństwa w sieci. Praca własna uczestników programu (dziennik wdzięczności, listy, refleksje) rozwijają refleksję i pomagają w utrwaleniu efektów zajęć.
- Kompleksowość i spójność. Obejmuje on zagadnienia od integracji grupy, przez rozwój samooceny i świadomości emocji, po konkretne strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Podział na dwa semestry pozwala stopniowo wprowadzać treści, utrwaląc je i przechodzić od teorii do praktyki.
- Wartość wychowawcza i profilaktyczna. Program zapobiega negatywnym skutkom wchodzenia w rolę dorosłego przez dziecko (parentyfikacji). Wzmacnia poczucie

sprawczości i przekonanie, że uczeń nie jest sam w trudnej sytuacji. Promuje postawy prospołeczne i umiejętność szukania pomocy w instytucjach wsparcia.

- Zalecenia wdrożeniowe. Program realizowany jest w małych grupach (maksymalnie 15-18 osób) w celu zapewnienia indywidualnego podejścia. Spotkania z przedstawicielami policji i terapeutami planowane są w sposób dostosowany do wieku odbiorców. Należy zapewnić ciągłość wsparcia. Po zakończeniu programu uczniowie powinni mieć możliwość skorzystania z konsultacji indywidualnych. Zaleca się ewaluację po każdym semestrze w celu dopasowania treści do potrzeb grupy.
- Możliwość adaptacji. Treści programu można modyfikować w zależności od wieku grupy (w młodszych klasach stosować więcej elementów zabawy i rysunku, a w starszych poszerzać o dyskusje, scenki sytuacyjne i projekty grupowe).
- Program „Schodami w dorosłość” jest wartościowym narzędziem wspierającym samoocenę, poczucie własnej wartości, rozwój emocjonalny, społeczny i poznawczy uczniów. Wzmacnia ich odporność psychiczną, kompetencje społeczne, a także dostarcza wiedzy niezbędnej do bezpiecznego funkcjonowania w świecie. Jego realizacja powinna być rekomendowana w szkołach podstawowych i średnich w ramach zajęć profilaktyczno-wychowawczych.

6.5. Przykłady realizacji programu

Do realizacji programu „Schodami w dorosłość” niezbędne będą tzw. materiały ogólne, czyli:

- zeszyty emocji dla każdego uczestnika (zeszyt A5 lub specjalnie przygotowany dziennik pracy ucznia)
- teczki imienne na prace własne uczniów (np. listy, rysunki, zadania domowe)
- tablica flipchart lub biała tablica + markery
- rzutnik/projektor multimedialny + ekran
- karty pracy tematyczne dla każdego warsztatu (można je stworzyć jako plik PDF do druku)
- plakaty edukacyjne (np. emocje, prawa dziecka, schemat rodziny dysfunkcyjnej)
- kolorowe karteczki samoprzylepne (do głosowań, refleksji)
- materiały plastyczne: kredki, mazaki, nożyczki, klej, papier kolorowy
- gry i pomoce edukacyjne (np. karty emocji, koło emocji, kości do opowieści).

Jako materiały dodatkowe wskazane jest wykorzystywanie:

- książki tematyczne (np. bajki terapeutyczne dla młodszych dzieci)
- słuchowiska lub podcasty dla młodzieży (np. rozmowy o emocjach)
- listy i formularze do pisania: „List do siebie”, „List do przyszłości”

Program w zaleceniu realizowany jest w grupie docelowej 7-17 lat (szkoła podstawowa, szkoła średnia). Przewidziany czas realizacji programu obejmuje dwa semestry (1 rok szkolny).

Tabela 1. Sposób realizacji programu „Schodami w dorosłość”

Semestr pierwszy							
Nr	Temat i cel	Czas	Forma pracy	Prowadzący	Przebieg zajęć	Materiały	Praca własna
1	Wprowadzenie do programu „Schodami w dorosłość” – poznanie celów, zasad pracy, integracja grupy	45 min	Pogadanka integracja	Pedagog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porównanie i przedstawianie programu (5min) 2. Ustalenie kontraktu grupy (5 min) 3. Ćwiczenie integracyjne „Prawda czy fałsz o mnie” (10 min) 4. Rozmowa: „Czego się spodziewam po programie?” (10 min) 5. Podsumowanie i wyjaśnienie pracy własnej (5 min) 6. Zapisanie pierwszej refleksji w dzienniku (10 min) 	Plansza z zasadami, kartki, markery	List „Kim jestem teraz”?
2	Ja jestem ważny – odkrywanie mocnych stron, poczucie wartości	45 min	Warsztaty	Psycholog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozgrzewka „Trzy dobre rzeczy o sobie” (5 min) 2. Ćwiczenie „Mapa moich mocnych stron” (15 min) 	Kartki A3, kolorowe flamastry	Dziennik wdzięczności – 3 rzeczy codziennie

					<p>3. Dyskusja: „Co syc o og sprawia, że czuję się ważny?” (10 min)</p> <p>4. Krótka relaksacja z afirmacjami (10 min)</p> <p>5. Podsumowanie i refleksja (5 min)</p>		
3	Moje emocje – jak je rozpoznać i wyrażać	45 min	Warsztaty, praca w parach	Psycholog	<p>1. Gra „Emocje w mimice” (5 min)</p> <p>2. Omówienie podstawowych emocji (10 min)</p> <p>3. Ćwiczenie „Termometr emocji” (15 min)</p> <p>4. Rozmowa: zdrowe sposoby wyrażania emocji (10 min)</p> <p>5. Podsumowanie (5 min)</p>	Karty z emotikonami, plansza „termometr emocji”	Rysunek „Moje emocje”
4	Alkohol w domu – jak wpływa na dzieci	45 min	Pogadanka, film edukacyjny	Pedagog, psycholog	<p>1. Wprowadzenie do tematu (5 min)</p> <p>2. Oglądanie krótkiego filmu edukacyjnego (10 min)</p> <p>3. Dyskusja: fakty i mity o alkoholu w rodzinie (15 min)</p> <p>4. Ćwiczenie: „Co mogę zrobić w trudnej sytuacji?” (10 min)</p> <p>5. Podsumowanie (5 min)</p>	Film edukacyjny, karta ćwiczeń	Notatka: „Co mnie najbardziej poruszyło”

5	Uzależnienie rodziców – co mogę zrobić	45 min	Warsztaty	Psycholog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenie „Krąg wsparcia” rysowanie mapy pomocy (10 min) 2. Omówienie instytucji i osób pomagających (10 min) 3. Dyskusja: jak prosić o pomoc (10 min) 4. Odgrywanie scenek (10 min) 5. Podsumowanie (5 min) 	Kartki A3, markery, lista instytucji	Spisanie instytucji pomocowych	3
6	Dysfunkcja rodziny – co to znaczy	45 min	Pogadanka, praca w grupach	Pedagog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzenie pojęcia (5 min) 2. Omówienie typów dysfunkcji (10 min) 3. Praca w grupach: analiza przykładowych sytuacji (15 min) 4. Dyskusja: „Jak wygląda zdrowa rodzina?” (10 min) 5. Podsumowanie (5 min) 	Karty z opisami sytuacji	Esej: „Rodzina, w której czuję się bezpiecznie”	
7	Dziecko wchodzące w rolę dorosłego – zjawisko parentyfikacji	45 min	Warsztaty	Psycholog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenie „Kto tu jest dorosły?” (10 min) 2. Rozmowa o skutkach przejmowania ról (10 min) 3. Ćwiczenie „Co mogę oddać dorosłym” (15 min) 	Karteczki samoprzylepne, kartki A4	Ćwiczenie „Co oddam dorosłym”	

					4. Krótka medytacja „Moje dzieciństwo” (5 min) 5. Podsumowanie (5 min)		
8	Podsumowanie semestru I – refleksje, zmiany, dalsze kroki	45 min	Praca w grupach	Pedagog/ psycholog	1. Gra „Pochwała dla Ciebie” (10 min) 2. Dyskusja w grupach: „Czego się nauczyłem?” (15 min) 3. Prezentacja wniosków (10 min) 4. Pisanie listu „Kim jestem po pierwszym semestrze” (10 min)	Kolorowe kartki, długopisy	Zachowanie listu w kopercie
Semestr drugi							
9	Samocena – jak ją budować i utrzymywać	45 min	Warsztaty	Psycholog	1. Ćwiczenie „Pochwały do lustra” (10 min) 2. Tworzenie „Drzewa sukcesów” – zapisanie swoich osiągnięć (15 min) 3. Dyskusja: jak utrzymać dobre myślenie o sobie (10 min) 4. Podsumowanie i afirmacje (10 min)	Listro przenośne, kartki A3, flamastry	Dziennik sukcesów – 1 wpis dziennie
10	Moje granice – jak je stawiać	45 min	Warsztaty	Psycholog	1. Gra „Tak - Nie” - trenowanie odmawiania (10 min) 2. Omówienie pojęcia granic (10 min)	Karteczki, markery	List: „Moje prawa”

					3. Ćwiczenie „Moje prawa” (15 min) 4. Podsumowanie pytania (10 min)		
11	Szukanie pomocy – nie jesteś sam	45 min	Pogadanka, symulacje rozmów	Policjant/ pedagog	1. Wprowadzenie do tematu (5 min) 2. Omówienie miejsc i osób, do których można się zwrócić (10 min) 3. Scenki rozmowa z psychologiem, policjantem, nauczycielem (20 min) 4. Podsumowanie (10 min)	Lista telefonów zaufania, kartki	Spisanie telefonu i adresu zaufanej osoby
12	Bezpieczne relacje w sieci	45 min	Warsztaty	Psycholog, policjant ds. nieletnich	1. Quiz „Prawda czy fałsz o Internecie” (10 min) 2. Omówienie zagrożeń online (10 min) 3. Ćwiczenie „Jak reaguję w sieci” (15min) 4. Podsumowanie (10 min)	Laptop, projektor, karty quizowe	Plan: „Jak reaguję w sieci”
13	Radzenie sobie ze stresem	45 min	Warsztaty	Psycholog	1. Ćwiczenie oddechowe „Kwadrat” (5 min) 2. Lista moich stresorów – zapisanie (10 min) 3. Techniki relaksacyjne (15 min) 4. Ćwiczenie „Moje bezpieczne miejsce” (10 min) 5. Podsumowanie (5 min)	Mata/karimata, kartki, długopisy	Ćwiczenie 5 minut relaksu codziennie

14	Konflikty – jak je rozwiązywać	45 min	Praca w grupach	Psycholog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenie „Most porozumienia” (10 min) 2. Omówienie metod rozwiązywania sporów (10 min) 3. Odgrywanie scenek konfliktowych (20 min) 4. Podsumowanie (5 min) 	Karteczki, rekwizyty	Opisanie sytuacji rozwiązanej bez kłótni
15	Moja przyszłość – planowanie krok po kroku	45 min	Warsztaty	Pedagog, psycholog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ćwiczenie „Koło marzeń” (10 min) 2. Tworzenie planu SMART (15 min) 3. Dyskusja: przeszkody i motywatory (10 min) 4. Podsumowanie (10 min) 	Kartki A3, markery, szablon SMART	List do „siebie za 10 lat”
16	Podsumowanie programu „Schodami w dorosłość”	45 min	Warsztaty + uroczystość	Psycholog, pedagog	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wystawa prac uczestników (10 min) 2. Ćwiczenie „List pochwały” (10 min) 3. Rozmowa: co było najcenniejsze (10 min) 4. Wręczenie certyfikatów (10 min) 5. Pożegnanie (5 min) 	Certyfikaty, kartki, długopisy	Zachowanie dziennika wdzięczności na pamiątkę

Źródło: Opracowanie własne.

Realizatorzy programu:

- pedagog/psycholog szkolny
- specjaliści w poradni psychologiczno-pedagogicznej
- według potrzeb wynikających z realizacji zajęć – policjant, czy też lekarze mogący przybliżyć problem alkoholizmu jako choroby w aspekcie skutków na funkcjonowanie człowieka i jego otoczenie.

Zaprezentowane przykłady realizacji programu pozwoliły autorce rozprawy sformułować wnioski do realizacji programu i wypracować rekomendacje. Przeprowadzone badania pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na główny problem badawczy w pracy: Jakie problemy i zaburzenia w adaptacji społecznej i emocjonalnej wpływające na funkcjonowanie w środowisku szkolnym wykazują dzieci z rodzin alkoholowych?

Również problemy szczegółowe zostały rozwiązane i znalazły odpowiedzi w zgromadzonym materiale badawczym:

1. W jaki sposób poczucie własnej wartości dzieci z rodzin alkoholowych może wpływać na ich funkcjonowanie w środowisku szkolnym?
2. Jakiego rodzaju problemy mają dzieci z rodzin alkoholowych w szkole?
3. Czy środowisko szkolne jest wsparciem dla dzieci z rodzin alkoholowych?

Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym doświadczają różnorodne trudności w codziennym funkcjonowaniu, także w szkole. Środowisko szkolne jest dla nich wsparciem, jak i może być źródłem stresu. Dziecko z rodziny alkoholowej często przejmuje rolę „rodzica” (parentyfikacja). Wykazuje ono objawy lęku, nieufności i niskiej samooceny. Ponadto ma trudności w relacjach z rówieśnikami. Zauważa się u niego problemy z koncentracją, motywacją, frekwencją i wynikami w nauce. Dziecko unika kontaktu z nauczycielami, albo wchodzi z nimi w konflikty. W szkole dziecko z rodziny alkoholowej wykazuje niską umiejętność nawiązywania i utrzymywania relacji z rówieśnikami. Cechuje je wycofanie albo agresja. W nauce cechuje je nieregularność, trudności w skupianiu się, niskie oceny. Problemy wychowawcze towarzyszą jego zachowaniom. Zauważa się u niego: impulsywność, autoagresję, konflikty z nauczycielami. W aspekcie frekwencji jest ono często nieobecne, spóźnia się, unika szkoły. Alkoholizm prowadzi do niestabilności emocjonalnej dziecka, zaniedbania podstawowych potrzeb (sen, posiłki, odzież, opieka), a także braku wsparcia w nauce i codziennym funkcjonowaniu. Sytuacja taka powoduje u dziecka poczucie wstydu i izolację społeczną.

W aspekcie dzieci z rodzin alkoholowych, które mają problemy w środowisku szkolnym zaleca się:

- Identyfikowanie przez nauczycieli/wychowawców dzieci z rodzin z problemem alkoholowym,
- Prowadzenie z nimi terapii zajęciowej, indywidualnej pomocy psychologicznej, tworzenia grup wsparcia,
- Konieczna jest obserwacja, rozmowy z dzieckiem, współpraca z rodziną i instytucjami pomocowymi,
- Należy budować atmosferę akceptacji i zaufania w środowisku szkolnym/ klasowym dla dzieci z rodzin alkoholowych,
- Szkoła powinna pełnić funkcję kompensacyjną, tzn. dawać wsparcie emocjonalne, poczucie bezpieczeństwa, dostęp do pomocy specjalistów,
- Współpraca szkoły z MOPS, kuratorami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi jest podstawą pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych,
- Zachodzi konieczność szkoleń dla nauczycieli w zakresie pracy z dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych, w tym rodzin alkoholowych. Zalecane są dla nauczycieli warsztaty z empatii oraz psychologii rozwojowej, żeby lepiej mogli rozpoznać potrzeby dzieci, które nie tylko edukują, ale także i wychowują. Warsztaty psychologiczne dotyczące konstruktu osobowościowego dziecka, samooceny, poczucia własnej wartości, kształtowania tożsamości Ja, mogą pomóc nauczycielom identyfikacji dziecka, które potrzebuje pomocy. Również warsztaty z zakresu alkoholizmu, problemów rodzin alkoholików i dzieci wychowujących się w takim środowisku z pewnością mogłyby uwrażliwić środowisko pedagogiczne,
- Konieczne jest przyjęcie zasady – „problemy się rozwiązują, a nie omija”. Alkoholizm jest chorobą, a dziecko alkoholika zasługuje na szacunek, miłość, godność i poczucie bezpieczeństwa.

Konkludując, badania własne wykazały wieloaspektowość charakteru problemu alkoholowego w rodzinach. Funkcjonowanie dzieci w środowisku szkolnym w dużej mierze wynika z wzorców wyniesionych z domu w którym się wychowują. Uważa się, że nadużywanie alkoholu dotyczy rodzin o niskim poziomie społeczno-ekonomicznym, z brakiem wykształcenia czy trudnościami materialnymi. W rodzinach o wysokim statusie materialnym i wyższym wykształceniu problem alkoholowy przybiera nową formę, ponieważ służy jako relaks i odskocznia od codziennych problemów, staje się częścią stylu

życia. W takich rodzinach, gdzie problem alkoholizmu przybiera „cichą” postać dzieci mają dostęp do dóbr materialnych, ale jednocześnie brakuje im rodziców. Są one samotne, potrzebują wsparcia i zrozumienia. Czasem prowadzi to do sięgania po używki, kontakty z niewłaściwym towarzystwem, zaniedbania w szkole. Problem alkoholowy nie jest już tylko domeną rodzin o niskim statusie społecznym, ale jest współcześnie zjawiskiem dość powszechnie obserwowanym w tzw. „dobrych domach”. Dlatego tym bardziej należy w środowisku szkolnym obserwować każde dziecko i jego niepokojące zachowania oraz starać się do niego dotrzeć wykorzystując posiadaną wiedzę psychologiczno-pedagogiczną. Nauczyciel ma być kompetentny, czujny i zdeterminowany, aby pomóc dziecku, które wykazuje symptomy dysfunkcyjności środowiska rodzinnego.

Program „Schodami w dorosłość” jest bez wątpienia odpowiedzią na wykryte w trakcie badań własnych potrzeby i wyzwania, z którymi zmagają się dzieci z rodzin alkoholowych w aspekcie środowiska szkolnego.

ZAKOŃCZENIE

Dokonany przegląd literatury dotyczącej problematyki alkoholizmu, sytuacji rodzin z problemem alkoholowym oraz specyfiki dorastania w środowisku, gdzie alkohol wyznacza życie rodzinne i determinuje zaburzenia rozwoju psychofizycznego dzieci, stał się podstawą do krytycznej analizy zebranego materiału źródłowego i zaprezentowania w niniejszej rozprawie najistotniejszych aspektów, które pozwolą wykazać funkcjonowanie dzieci alkoholików w środowisku szkolnym.

Dzieci alkoholików należą do jednej populacji ryzyka wystąpienia różnorodnych problemów rozwojowych ze względu na patologię ich środowiska rodzinnego. We współczesnych nurtach badań nad alkoholizmem nadmierne używanie alkoholu traktuje się jako przewlekłe zaburzenie psychiczne jednostki, charakteryzujące się trwałymi, negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, problemami psychicznymi oraz wysoce nieadaptacyjnymi wzorcami funkcjonowania społecznego. Alkoholizm rodzica wpływa na rozwój dzieci w dwóch głównych obszarach ich funkcjonowania: po pierwsze, zwiększa ich neurofizjologiczną na powstawanie różnorodnych objawów tym alkoholizmu, po drugie, naraża dzieci na przewlekły, negatywny stres życiowy.

W literaturze przedmiotu wskazano na dwa rodzaje niebezpiecznego picia, tzn. picie szkodliwe (problemowe) oraz picie chorobowe (uzależnienie od alkoholu). Picie szkodliwe to sposób picia, który prowadzi do negatywnych zdarzeń życiowych, będących bezpośrednim skutkiem spożywania alkoholu. W funkcjonowaniu osoby pijącej pojawiają się negatywne konsekwencje dotyczące problemów zdrowotnych (urazy fizyczne, choroby wątroby, zaburzenia funkcjonowania CUN), prawnych (aresztowanie za jazdę pod wpływem alkoholu), zawodowych (utrata pracy, załamanie kariery, trudności finansowe) oraz społecznych (fizyczna i słowna agresja, problemy małżeńskie, utrata ważnych znajomości i relacji). Inaczej traktowany jest termin „uzależnienie od alkoholu”, który odnosi się do koncepcji nałogu alkoholowego jako choroby. Cechą alkoholizmu jest trwały i nieodwracalny symptom utraty nad ilością wypijanego alkoholu. Alkoholik staje się bezradny wobec nałogu, a niewielka dawka alkoholu prowadzi do utraty kontroli. Nie ma on już powrotu do picia kontrolowanego, może tylko powstrzymać się od alkoholu (Cierpiąłkowska. 2010). Jak podaje Sher (1991), oba rodzaje nadmiernego picia: picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu można traktować jako konstrukt dymensjonalny, zależny od intensywności spożywania alkoholu, a rozpatrywany na kontinuum: od absencji do ostrego picia. W diagnozowaniu problemów z alkoholem brakuje kryterium ilości

spożywanego alkoholu. Współczesne kryteria diagnostyczne opierają się na konsekwencjach nadmiernego picia dla życia jednostki niż na ilości spożywanego alkoholu czy częstotliwości picia. Zauważa się, że chociaż rozróżnienie między picciem szkodliwym a picciem nałogowym jest ważne z empirycznego i klinicznego punktu widzenia, to większość literatury dotyczącej dzieci alkoholików pomija to zagadnienie. Termin „alkoholizm” w wielu wypadkach jest restrykcyjnie zarezerwowany dla osób uzależnionych. W praktyce terminy „alkoholik” i „dzieci alkoholików” są traktowane szeroko i odnoszą się do obu rodzaj nadmiernego picia. Rodzice alkoholicy nie są grupą jednorodną. Różnią się sposobem picia, mechanizmem jego powstawania i przyczynami sięgania po alkohol. Pozostałe parametry, które uwzględnia się podczas badań nad wpływem alkoholizmu rodzica na rozwój potomstwa, to: występowanie innych (poza alkoholizmem) zaburzeń, wzorzec picia alkoholika, poziom asocjalności, nasilenie uzależnienia czy cechy osobowości rodzica (Babor i in. 1994).

W literaturze dotyczącej alkoholizmu podejmowane są próby ustalenia zróżnicowania zjawiska, a ich efektem są różnorodne klasyfikacje. Z perspektywy badań nad wpływem uzależnienia rodzica na rozwój jego potomstwa najbardziej użyteczną klasyfikacją jest typologia zaproponowana przez Cloningera (1987). Wyróżniono w niej dwa typy alkoholizmu: typ 1. – uwarunkowany środowiskowo i typ 2. – uwarunkowany genetycznie. Dla dzieci alkoholików istotne znaczenie ma alkoholizm typu 2., gdzie występuje transmisja uzależnienia z ojca biologicznego (często przejawiającego różne zachowania antyspołeczne) na syna. W sposób istotny zwiększa to jego podatność zwłaszcza na problemy z nadużywaniem etanolu. Późniejsze badania (Penick i in., 1990) nie do końca potwierdziły różnice między alkoholikami typu 1. i 2. pod względem wskaźników obciążeń rodzinnych problemami z alkoholem. Stwierdzono, że historia alkoholizmu w rodzinie najwyraźniej ujawniła się u osób z najpoważniejszymi konsekwencjami alkoholizmu (czyli spełniającymi kryteria zarówno dla typu 1. jak i 2.). Typologia Cloningera jest tożsama z innym podziałem alkoholizmu (Sher, 1991), zależnym od charakterystyki osobowościowej pijącego rodzica; pierwszy typ alkoholizmu jest bardziej związany z neurotyzmem (późny wiek inicjacji, skłonność do zaburzeń afektywnych, ogólnie dość dobre przystosowanie), natomiast drugi typ alkoholizmu jest częściej klasyfikowany jako bardziej związany z zaburzeniami osobowości (wczesny wiek inicjacji alkoholowej, słaba kontrola impulsów oraz kiepskie przystosowanie społeczne).

Przy takiej różnorodności obrazu alkoholizmu i współistniejących z nim zaburzeń psychicznych dużą trudność sprawia badaczom ustalenie, które cechy funkcjonowania

dzieci alkoholików można uznać za skutek alkoholizmu rodziców, a które należy przypisać innym okolicznościom.

Dla wykazania wzajemnych powiązań adaptacyjnych i nieadaptacyjnych sposobu funkcjonowania dzieci alkoholików w cyklu życia, konieczna była wnikliwa analiza tego, jak przebiega realizacja ich zadań rozwojowych w poszczególnych fazach życia, z uwzględnieniem dynamiki wzajemnych związków między podatnością a czynnikami ochronnymi. W ocenie autorki cel naukowy niniejszej rozprawy jakim było zrozumienie i diagnoza funkcjonowania dzieci alkoholików w kontekście środowiska szkolnego został zrealizowany. Rozważono w trakcie przeprowadzonych badań najistotniejsze kwestie, tzn.:

- Jakie są główne zaburzenia w rozwoju emocjonalnym i społecznym dzieci z rodzin alkoholowych?
- W jaki sposób poczucie własnej wartości dzieci z rodzin alkoholowych może wpłynąć na ich adaptację?
- Czy środowisko szkolne jest wsparciem dla dzieci z rodzin alkoholowych?

Obszar diagnozy, oprócz danych stricte ilościowych, dodatkowo rozszerzono o wielowymiarowy, interdyscyplinarny ogląd obejmujący: studium przypadku, wywiady, oraz opinie psychologów i pedagogów w dziedzinie. Zapewniło to całkowitą triangulację danych, dzięki której, ostateczne wyniki są nie tylko głęboko wnikliwe, ale też rzetelne i wiarygodne.

W trakcie realizacji badań skoncentrowano się na dzieciach alkoholików w kontekście diagnozy ich funkcjonowania w środowisku szkolnym. Dodatkową uwagę skoncentrowano na DDA, którzy pokonują długą drogę, często pełną przeszkód, wstydu, irytacji i cierpienia, gdy pomimo przeciwności, próbują znaleźć drogę do lepszego funkcjonowania społecznego (Bickelhaupt i in. 2021).

Zamierzonym działaniem autorki było w strukturze rozprawy wyodrębnienie części teoretycznej i badawczej. Rozważania teoretyczne uznano za podstawę przeprowadzenia badań własnych.

Przeprowadzone badania własne stanowią istotny wkład w dorobek naukowy, skoncentrowany na pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych oraz diagnozowaniu ich problemów w środowisku szkolnym, a także realnej pomocy im poprzez udział w autorskim programie „Schodami w dorosłość”, którego celem jest pokonywanie przez dzieci alkoholików trudności w środowisku szkolnym.

Autorce rozprawy nasunęło się szereg refleksji dotyczących funkcjonowania dzieci z rodzin alkoholowych, także w późniejszym przełożeniu doświadczeń z dzieciństwa na ich dorosłe życie.

Należy podkreślić, że problem alkoholizmu i dzieci z rodzin alkoholowych jest wysoce aktualny, a jednocześnie na przestrzeni lat nie doczekał się on skutecznego rozwiązania ani przez państwo i podległe mu struktury organizacyjne, ani przez organizacje społeczne. Trwa ciągła walka z alkoholizmem i patologiami jakie ze sobą niesie, a najbardziej przegranymi w niej są dzieci i młodzież. W zakresie alkoholizmu zgromadzono bogaty dorobek naukowy: w medycynie, psychologii, socjologii czy pedagogice. Natomiast praktyka przedstawia żalospny obraz, a miarą tego są ludzie, tragedie – osób, które przegrały walkę z nałogiem i ich rodzin.

Współcześnie problem alkoholizmu i jego skutków dotyczy nie tylko środowisk, które przez lata uważano za patologiczne, tzn. osoby uchylające się od pracy, o niskim statusie społecznym, nie posiadające wykształcenia, czy mające problemy z prawem. Obecnie zauważa się, że alkoholikami są osoby zajmujące eksponowane stanowiska, o wysokim statusie materialnym, które swoją „przygodę z alkoholem” rozpoczęły jako dodatek do stylu życia i nie zauważyły, kiedy alkohol stał się ich nieodłącznym towarzyszem. Problem alkoholizmu dotyczy w równym stopniu mężczyzn, jak i kobiet.

Problemy dzieci z rodzin alkoholowych w środowisku szkolnym mogą mieć zróżnicowany charakter od tych dydaktycznych, po te wychowawcze. Wczesna diagnoza sytuacji rodzinnej dziecka, które wykazuje trudności w szkole musi pozwolić na udzielenie mu adekwatnego do jego sytuacji wsparcia pedagogiczno-psychologicznego. Nie sztuką jest stwierdzić, że uczeń się nie uczy, ale poznać przyczyny takiej sytuacji, czy że uczeń sprawia problemy wychowawcze, ale dlaczego tak jest. W praktyce tylko nauczyciel z tzw. „powołaniem”, który nie znalazł się w szkole przez „przypadek”, podejmuje się uzyskać odpowiedzi na tego rodzaju pytania, aby ustalić, gdzie tkwi problem i go rozwiązać. Współczesna szkoła i przykra się nasuwa w tej kwestii refleksja, jest niewydolna wychowawczo. Posiada szereg programów profilaktycznych, także tych dotyczących alkoholizmu, w założeniu pedagogizacją rodziców oraz dzieci i na tym się w zasadzie kończy. Nawet jeśli jest wiedza, że w danej rodzinie jest problem alkoholowy, to dopóki nie wydarzy się coś znaczącego z dzieckiem w szkole lub poza nią, to praktycznie „nie ma sprawy”.

W społeczeństwie zauważa się także przyzwolenie na picie alkoholu, piją już nawet dzieci, młodzież, pijane kobiety z dziećmi spacerują w ciągu dnia, pijany mężczyzna nie

budzi zdziwienia. Picie stało się pewnym style życia. Świat wartości jest „w kryzysie”. Poczucie sensu u ukierunkowania na cele życiowe w oparciu o religijność poddawane szyderstwu. A przecież istotną część osobowości człowieka tworzy płaszczyzna duchowa i jego wiara. Wiara katolicka wnosi do życia człowieka wartości, które pozwalają mu przetrwać trudne momenty życiowe i stawiać czoła przeciwnościom losu.

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym mogą wykazywać deficyty rozwoju, które uniemożliwiają im naukę i adaptację w grupie. Obawy mogą budzić u nauczycieli: brak umiejętności podtrzymywania uwagi, hiperaktywność, nagłe i nietypowe zmiany w zachowaniu, oraz niecierpliwość, wybuchy gniewu, atakowanie innych dzieci. Dzieci z rodzin alkoholowych mogą wykazywać lęk separacyjny, a także oznaki zaniedbania, czy przemocy. Mają one problemy z wchodzeniem w relacje interpersonalne w grupie rówieśniczej, często towarzyszy im wstyd z powodu ich sytuacji rodzinnej. Dzieci alkoholików dość często są nieprzygotowane do zajęć, nie mają odrobionych prac domowych, wykazują problemy z podzieleniem się posiadaną wiedzą. Rolą nauczyciela jest monitorowanie zachowań i postępów w nauce każdego dziecka, aby móc reagować we własnym momencie.

Dzieci, które dorastają w zaburzonych rodzinach, gdzie rodzice są alkoholikami, charakteryzują się przeważnie w wieku dorosłym wspólnymi cechami osobowości. Osoby, będące DDA które powtarzają dysfunkcjonalne zachowania będące efektem dorastania w rodzinie alkoholików, mogą z czasem zaprzestać ich biorąc udział w programach terapeutycznych. Dorosłe dzieci z rodzin alkoholowych mają problem z akceptacją norm społecznych. Wykazują trudności z doprowadzeniem rozpoczętych inicjatyw do końca. Czasem kłamią. Także wykazują niską samoocenę. Mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem intymnych relacji, wchodzeniem w związki. Poszukują oni aprobaty i uznania, ponieważ czują się odmiennie od innych ludzi. Obawiają się krytyki i oceny. Mają problem z organizacją własnego czasu oraz ustaleniem priorytetów w skuteczny sposób.

DDA ponoszą z reguły konsekwencje życia w rodzinie z problemem alkoholowym, co nie oznacza, że muszą one żyć naśladowując swoich rodziców. Nie jest zasadą, żeby DDA miały życie pozbawione wartości, które zapewniają im dobrostan psychiczny i dadzą satysfakcję i radość. W tym aspekcie poczucie własnej wartości dziecka alkoholika oraz samoocena posiadanego potencjału w kontekście mocnych i słabych stron są drogą do bycia w życiu szczęśliwym. DDA na „gruzach” dzieciństwa i traumie przeszłości potrafią budować piękne życie – swoje, a także stworzonej przez nich rodziny.

Badania własne koncentrowały się na idei wskazania dzieciom z rodzin alkoholowych, że aby pokonać problemy i trudności w środowisku szkolnym muszą dowiedzieć się – „kim są”, „co lubią”, „czego nie lubią”, „czego pragną od życia”. Dzieci te muszą zrozumieć, że nie mogą brać na siebie odpowiedzialności za dysfunkcyjność ich rodziny, że to nie one mają rozwiązywać rodzinne kłopoty. Alkoholizm jest chorobą, która wymaga specjalistycznego leczenia, terapia psychologiczna jest zaś skutecznym wsparciem procesu leczenia, ale sama w sobie go nie zastąpi. Zrozumienie przez dzieci, że alkoholizm to choroba może pozwolić im raczej spojrzeć na sytuację swojej rodziny.

Autorce rozprawy zależało na poznaniu opinii specjalistów z zakresu psychologii i pedagogiki celem dokonania pogłębionej interpretacji problemu. Zdaniem specjalistek każde dziecko/młodego człowieka należy traktować jako indywidualny przypadek i formy jego wsparcia muszą być adekwatne do potrzeb i występujących problemów. W ich ocenie zalecane są formy wsparcia dla dzieci z rodzin alkoholowych takie jak: zajęcia terapeutyczne, indywidualna terapia z psychologiem/ pedagogiem, warsztaty dla dzieci, warsztaty dla rodziców i ich dzieci. Specjalistki wyraziły refleksję, że każda pomoc dla dziecka/młodego człowieka z rodziny alkoholowej musi być poprzedzona rzetelnym wywiadem środowiskowym, zdiagnozowaniem jego środowiska rodzinnego, dokonaniem procesu diagnostycznego dziecka/młodego człowieka w celu zaplanowania adekwatnych do występujących problemów czy deficytów rozwojowych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Odrębna konkluzja dotyczyła profesjonalizmu osób wykonujących zawód pedagoga i psychologa oraz ich emocjonalnego stosunku do dziecka krzywdzonego, a przede wszystkim przebywającego w rodzinie dysfunkcyjnej, niewydolnej wychowawczo wszystkim ich determinacji w poszukiwaniu wszelkich form pomocy, a także sprzymierzeńców w instytucjach, które są odpowiedzialne za nadzór nad sprawowaniem władzy rodzicielskiej.

Przeprowadzone wywiady świadczą o tym, że problem dzieci z rodzin alkoholowych jest rozwiązywany w miarę możliwości posiadanych przez instytucje do tego powołane, którym ustawowo przyznano stosowne kompetencje. Niemniej bez względu na posiadane uprawnienia i środki efekty pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych zależą od empatii pedagogów, psychologów i pracowników socjalnych. Wrażliwość na problemy rodzin alkoholowych jest podstawą udzielenia im pomocy i poszukiwania dla nich form wsparcia.

Program pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych w pokonywaniu trudności w środowisku szkolnym – „Schodami w dorosłość” odnosi się do kształtowania poczucia

własnej wartości u dzieci alkoholików, ponieważ tylko siła samooceny, że potrafię i dam radę może pomóc takim dzieciom pokonać kolejne schody, które symbolizują trudności, które muszą przezwyciężyć, żeby jako jednostki pewne siebie, znające swoje kompetencje i posiadające wolę osiągnięcia celów wkroczyć w dorosłość, która już tylko i wyłącznie zależy od nich samych, od ich Ja.

Złożoność sytuacji psychospołecznej dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wymaga dalszych badań, a przede wszystkim przewartościowania mentalności społecznej, że każda wczesna interwencja w problem alkoholizmu może dać pozytywne efekty, a uciekanie od problemu tylko pogłębia jego skalę.

W ocenie autorki wskazane jest ponowne prześledzenie regulacji prawnych, zarówno tych dotyczących sprawowania władzy rodzicielskiej zawartych w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym (ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. z późn. zm.) w aspekcie optymalnego zabezpieczenia praw dziecka i jego ochronny w sytuacji problemu alkoholizmu w rodzinie, jak i ustaw, które regulują spożywanie alkoholu i ochronę dzieci przed alkoholizmem w rodzinie. Obecnie w tym zakresie obowiązują:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Wprowadza ona zakaz sprzedaży, podawania i spożywania alkoholu w szkołach, placówkach oświatowych, opiekuńczych, w zakładach pracy, w środkach transportu publicznego i na masowych imprezach. Ponadto zakaz sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18 roku życia oraz osobom nietrzeźwym, obowiązek weryfikacji wieku poprzez dokument tożsamości, zakaz spożywania alkoholu w miejscach publicznych (z wyjątkiem miejsc do tego przeznaczonych, np. ogródki gastronomiczne). Rady gmin określają liczbę zezwoleń na sprzedaż alkoholu oraz miejsce jego sprzedaży
- Kodeks karny (art. 208) – wprowadza sankcje karne na rozpijanie małoletniego, dostarczanie alkoholu, ułatwianie spożycia lub namawianie do picia.

Zachodzi konieczność zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem obowiązującego w tym zakresie prawa, a także jego aktualizowania. Prawodawca w ustawie o wychowaniu w trzeźwości stanowi, że sprzedaż alkoholu osobom nieletnim albo wbrew zakazowi jest zabroniona pod karą grzywny albo cofnięciem zezwolenia. Wprowadza ona ochronę dzieci przed alkoholizmem w rodzinie, obowiązek reagowania przez szkołę, policję, pracowników socjalnych i inne instytucje w przypadku podejrzenia nadużywania alkoholu przez rodziców/opiekunów. Także możliwość skierowania sprawy do Sądu Rodzinnego

i Nieletnich, w celu ochrony dziecka, w tym zastosowania nadzoru kuratora lub ograniczenia władzy rodzicielskiej.

Przeprowadzone badania własne, krytyczna analiza źródeł literaturowych i czasopiśmiennictwa, a także obserwacja otaczającej rzeczywistości, skłaniają autorkę rozprawy do przykrew konstatacji, że problem alkoholizmu w społeczeństwie był, jest i pozostanie nie rozwiązany. Współczesna cywilizacja odrzuca coraz częściej wartości moralne i zasady, a kieruje się wizją zysku i posiadania. Przemysł alkoholowy to źródło kolosalnych dochodów, a tragedie rodzin alkoholików i trauma ich dzieci, to taki „produkt uboczny”. Profilaktyka tak, ale głównie „na papierze”, a de facto kinematografia pokazuje społeczeństwu „styl życia”, gdzie alkohol jest dodatkiem do spotkań towarzyskich, „antidotum” na problemy dnia codziennego. Alkohol jest wynalazkiem człowieka, który stał się drogą do jego niszczenia fizycznego i psychicznego.

Alkoholicy często mają przykrą świadomość swojego uzależnienia, ale nie potrafią skończyć z pić. Alkohol staje się ich drugim „Ja” i bezwzględnie towarzyszy im każdego dnia. Przykry jest fakt, który się delikatnie pomija, że alkoholizm niszczy osoby o wysokim poziomie intelektualnym, które często osiągnęły wysoki status społeczny. Częściej alkoholizm opisuje się jako problem osób o niskim wykształceniu i statusie społecznym. Do tragedii rodzinnych dochodzi, gdy do pijącego ojca dołącza matka i wtedy dzieci pozostają same i cierpią, często nie znajdując pomocy. Alkoholizm jest jak nowotwór złośliwy, który rozprzestrzenia się po organizmie i zalicza kolejne stadia zaawansowania. Tylko w chorobie nowotworowej lekarze robią wszystko, co tylko możliwe, aby pomóc choremu wrócić do zdrowia, a w przypadku alkoholizmu można zaryzykować stwierdzenie, że tak nie jest. Człowiek przegrywając walkę z nowotworem umiera, a człowiek przegrywający walkę z alkoholizmem zabija swój umysł i ciało oraz często odchodzi w osamotnieniu po wypiciu kolejnej butelki wódki, po utracie kontaktu z realnym światem.

Problem alkoholizmu pozostaje niestety otwarty i dlatego tak ważna jest pomoc dzieciom alkoholików w pokonywaniu trudności w szkole, które są efektem dysfunkcyjności ich środowiska rodzinnego. Pomoc powinna być adekwatna do potrzeb dziecka alkoholika i starannie zaplanowana, chociaż to nie uchroni jego i tak od obciążeń psychicznych i traumy dzieciństwa, młodości, z którymi wkroczy w dorosłe życie.

BIBLIOGRAFIA

1. Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Ackerman, R.J. (1983). Children of alcoholics. A Guide for Parents, Educators, and Therapists. New York: Simon & Schuster.
3. Ahnert, L., Gunnar, M., Lamb, M.E., Barthel, M. (2004). Transition to child care: Associations of infant-mother attachment, infant negative emotion and cortisol elevations. *Child Development*, 75(3), 639-650.
4. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press.
5. Aleksiejuk, E. (2015). Wpływ relacji rodzicielskich na wychowanie i kształtowanie się tożsamości dziecka. *Nova Socialna Edukacia Cloveka*, 4, 166-172.
6. Allport, G.W. (1937). Personality: A psychological interpretation. New York: Holt.
7. AlSaad, H., AlSaad, A., Khalifah, Z., Almogarry, L., Alsaihaty, E. (2023). Psychological, behavioral, and developmental impact on children of alcoholics. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 7(6), 930-930.
8. Ambrozik, W. (1983). Sytuacja społeczna dziecka rodziny alkoholycznej w kulturowo zaniedbanym rejonie wielkiego miasta. *Uniwersytet Im. Adama Mickiewicza w Poznaniu: Seria Psychologia i Pedagogika*.
9. Ames, G.M., Grube, J.W., Moore, R.S. (1997). The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 37-47.
10. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. *London: Institute of alcohol studies*, 2, 73-75.
11. Anderson, S.A., Sabatelli, R.M. (1990). Differentiating differentiation and individuation: Conceptual and operational challenges. *American Journal of Family Therapy*, 18(1), 32-50.
12. Andreasen, N.C., Rice, J., Endicott, J. (1977). The family history method using diagnostic criteria: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1229-1235.
13. Andrzejczuk, G. (2021). Godność i wolność w nauczaniu Jana Pawła II. In *Dziecko w historii-między godnością a zniewoleniem. Tom 1. Godność jako fundament praw*

człowieka, red. naukowa Elwira J. Kryńska, Łukasz Kalisz, Agnieszka Suplicka. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 413-427.

14. Anuszkiewicz, J. (2000). Sytuacja dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym. *Problemy Rodziny*, 4, 24-26.
15. Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2006). Psychologia społeczna. Serce i umysł.
16. Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (2006). Psychologia społeczna, Poznań: ZYSKIS-KA.
17. Babor, T.F. (1996). The Classification of Alcoholics. Typology Theories From the 19th Century to the Present. *Alcohol Health and Research World*, 20(1), 6.
18. Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3), 224-232.
19. Bardziejewska, M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków? [w:] Psychologiczne portrety człowieka. Red. A. Brzezińska. Gdańsk.
20. Barnes, G.M. (1990). Impact of the family on adolescent drinking patterns. [w:] Alcoholism and the family. Red. R.L. Collins, K.E. Leonard, J.S. Searles. New York.
21. Barnes, G.M., Windle, M. (1987). Family factors in adolescent alcohol and drug abuse. *Pediatrician*, 14(1-2), 13-18.
22. Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
23. Barrera, M.Jr, Li, S.A., Chassin, L. (1995). Effects of parental alcoholism and life stress on Hispanic and non-Hispanic Caucasian adolescents: A prospective study. *American Journal of Community Psychology*, 23(4), 479-507.
24. Barry, K.L., Fleming, M.F. (1990). Family cohesion, expressiveness and conflict in alcoholic families. *British Journal of Addiction*, 85(1), 81-87.
25. Bartoszek, B. (2010). Atopowe zapalenie skóry (AZS) jako choroba psychosomatyczna: analiza badań. *Studia z Psychologii w KUL*, 16, 57-74.
26. Bateman, A., Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11.
27. Bator, E., Bronkowska, M., Ślepecki, D., Biernat, J. (2011). Anoreksja - przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie*, 80(3).

28. Bauman, T. (1995). *O możliwości zastosowania metod jakościowych w badaniach pedagogicznych*, [w:] *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
29. Bauman, T. (2010). Poznawczy status danych jakościowych, [w:] *Metodologiczne problemy tworzenia wiedzy w pedagogice*. Red. J. Piekarski, Urbaniak, D. Zajęc, K.J. Szmidt.
30. Bavelas, B.J. (1992). Research into the Pragmatics of Human Communication. *Journal of Strategic and Systemic Therapy*, 11(2). 15-29.
31. Beardslee, W.R., Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69.
32. Beattie, M. (2003). *Koniec współzależnienia: jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Harbor Point Media Rodzina.
33. Becelewska, D. (2005). *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
34. Bednarz-Łuczewska, P., Łuczewski, M. (2012). *Podjęcie biograficzne* [w:] *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*.
35. Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother—infant interaction structures and presymbolic self-and object representations. *Psychoanalytic dialogues*, 7(2), 133-182.
36. Beeghly M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30.
37. Benard, B. (2004). *Resiliency. What have we learned*. San Francisco: WestEnd.
38. Bennet, L., Wolin, S.J. (1990). Family culture and alcohol transmission. *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*, 194-219.
39. Bennett, L., Wolin, S.J., McAvity, K. (1988). Family identity, ritual, and myth: A cultural perspective on life cycle transitions. [w:] *Family transitions*. Red. C., Falicov.
40. Berkowitz, A., Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 206-209.
41. Bickelhaupt, S.E., Lohman, B.J., Neppl, T.K. (2021). The influence of parental alcoholism on parent–adolescent relationships from adolescence into emerging adulthood: A qualitative inquiry. *Emerging Adulthood*, 9(2), 117-131.

42. Bijur, P.E., Kurzon, M., Overpeck, M.D., Scheidt, P.C. (1992). Parental alcohol use, problem drinking, and children's injuries. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3166- 3171.
43. Bingham, A., Bargar, J. (1985). Children of alcoholic families: A group treatment approach for latency age children. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 23(12), 13-15.
44. Birch, A., Malim, T. (1995). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
45. Black, R., Mayer, J. (1980). Parents with special problems: Alcoholism and opiate addiction. *Child Abuse & Neglect*, 4(1), 45-54.
46. Bobkowicz- Lewartowska, L. (2013). Związki partnerskie dorosłych dzieci alkoholików. *Przegląd Naukowo-Metodyczny „Edukacja dla Bezpieczeństwa”*, 6(3 (20)), 116-128.
47. Bocian-Waszkiewicz, B. (2018). Dziecko niewidzialne-dziecko „we mgle”: charakterystyka dziecka krzywdzonego i wieloaspektowa pomoc. *Student niepełnosprawny. Szkice i rozprawy*, 18.
48. Boćwińska-Kiluk, B. (2013). Zachowania autodestrukcyjne w świetle psychoanalizy przypadku. *Psychoterapia*, 1(164).
49. Bohman, M., Cloninger, C.R., von Knorring, A.L., Sigvardsson, S. (1984). An adoption study of somatoform disorders, IH. Cross-fostering analysis of genetic relationship to alcoholism and criminality. *Archives General Psychiatry*, 41(9), 872-878.
50. Bohman, M., Sigvardsson, S., Cloninger, C.R. (1981). Maternal inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry*, 38(9), 965-969.
51. Bokun, J. (2017). Trzeźwość i abstynencja w nauczaniu Kościoła. *Studia Gdańskie*, (40), 89-102.
52. Booz, Allen, Hamilton, & National Institute on Alcohol Abuse. (1974). *An assessment of the needs of and resources for children of alcoholic parents*. Booz, Allen, and Hamilton.
53. Borucka, A., Ostaszewski, K. (2012). Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(3), 7-26.
54. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
55. Bowen, M. (1993). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.

56. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
57. Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
58. Bowlby, J. (1988). A Secure base. Clinical applications of attachment theory. Social support, family relations, and children. *Red. S., Cohen, L.S., Syme*.
59. Bradley, R.H., Corwyn, R. (2013). From parent to child to parent. Paths in and out of problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 515-529.
60. Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę: rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
61. Bradshaw, J. (2005). Healing the shame that binds you. *United States of America: Health Communications Inc*.
62. Bretherton, I., Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited In Cassidy J & Shaver PR (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (89–111). *New York, NY, US: The Guilford Press.[Google Scholar]*.
63. Brown, J.H. (2001). Systemic reform concerning resilience in education. *TechTrends*, 45(4), 47-54.
64. Brown, S. (1988). *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. John Wiley & Sons.
65. Brown, S. (1995). *Bezpieczne przejście: powrót do zdrowia dorosłych dzieci alkoholików*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
66. Brown, S.A., Creamer, V.A., Stetson, B.A. (1987). Adolescent alcohol expectancies in relation to personal and parental drinking patterns. *Journal of abnormal psychology*, 96(2), 117.
67. Brown, W.K., Rhodes, W.A. (1991). Factors that promote invulnerability and resiliency in at-risk children. *Why some children succeed despite the odds*, 171-177.
68. Bryant, K.J., Windle, M.E., West, S.G. (1997). *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research*. American Psychological Association.
69. Brytek, A., Izydorczyk, B. (2008). Specyfika funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na jadłowstręt psychiczny. *Chowanna*, 2, 157-168.
70. Brzezińska, A.I. (2003). Wczesne dzieciństwo-pierwszy rok życia: szanse i zagrożenia rozwoju. *Remedium*, 4(122), 4-7.

71. Brzezińska, A.I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016). Etapy rozwoju i zadania rozwojowe. *Psychologia rozwoju człowieka. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne*, 76-90.
72. Budzyna-Dawidowski, P. (1999). Komunikacja w rodzinie. W: B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, 56-69.
73. Buksiński, T. (2001). Przemiany doświadczenia, [w:] Doświadczenie, T. Buksiński (red.), *Poznań*.
74. Bush, S.I., Ballard, M.E., Fremouw, W. (1995). Attributional style, depressive features, and self-esteem: Adult children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Journal of youth and Adolescence*, 24(2), 177-185.
75. Bushman, B.J., Cooper, H.M. (1990). Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological bulletin*, 107(3), 341.
76. Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272.
77. Cermak, T.L., Rutzky, J. (2011). *Czas na wyleczenie. Stopnie do wyzdrowienia dla dorosłych dzieci alkoholików*. Kielce: Wydawnictwo Charaktery.
78. Cermak, T.L., Rutzky, J. (1996). *Czas uzdrowić swoje życie: przewodnik do pracy nad sobą: kroki w stronę zdrowienia Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
79. Cęcelek G. (2006). Rola nauczyciela-wychowawcy we współczesnej rzeczywistości edukacyjnej. *Nauczyciel i Szkoła*, (1-2), 30-31.
80. Chase, S. E. (2005) Narrative Inquiry: Multiple Lenses, Approaches, Voices. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research: Third Edition* (pp. 651-679). London, Thousand Oaks, CA, and New Delhi: Sage.
81. Chase, S.E. (2008). Narrative inquiry: Multiple lenses, approaches, voices.
82. Chassin, L., Sher, K.J., Hussong, A., Curran, P. (2013). The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders: Research achievements and future directions. *Development and psychopathology*, 25(4pt2), 1567-1584.
83. Chess, S., Thomas, A. (1984). *Origins and Evolution of Behavior Disorders*. New York, NY: Brunner.
84. Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H., Naimi, T., Stockwell, T., Andréasson, S. (2024). *Alcohol and the Brain. Alcohol and society 2024*. Svensk sjuksköterskeförening, SFAM, Svensk förening för Beroendemedicin, SAFF, CERA, Hjärnfonden, SLAN, Junis, UNF & IOGT-NTO, Stockholm.

85. Chikritzhs, T., Unwin, L., Codde, J., Catalano, P., Stockwell, T. (2002). Alcohol-related codes: Mapping ICD-9 to ICD-10.
86. Chilcoat, H.D., Anthony, J.C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 91-100.
87. Chodkiewicz, J., Wilska, A. (2008). Stan zdrowia, wsparcie społeczne i zadowolenie z życia Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) korzystających z pomocy terapeutycznej. *Alkoholizm i Narkomania*, 21(2), 135-152.
88. Chodkiewicz, J. (2012) *Odbić się od dna. Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
89. Christensen, H., Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European child & adolescent psychiatry*, 9(3), 219-226.
90. Cicchetti, D. (red.) (2003). Experiments of nature: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 15(4), 833-835.
91. Cierpiałkowska, L. (2006). Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień (na przykładzie alkoholizmu). *Oblicza współczesnych uzależnień. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM*, 17-41.
92. Cierpiałkowska, L. (2007). Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, 13(1), 7-18.
93. Cierpiałkowska, L. (2014). *Psychopatologia*. Warszawa.
94. Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2015). Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(4), 221-233.
95. Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2016). *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
96. Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2006). Eksternalizacja i internalizacja problemów u dzieci alkoholików i niealkoholików. *Forum Oświatowe*, 2(35), 77-96.
97. Cierpiałkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień-alkoholizm*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
98. Cieślak, R., Eliasz, A. (2004). Wsparcie społeczne a osobowość. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, 68-90.

99. Cieślak, R., Klonowicz, T. (2004). Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocia. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, 152-169.
100. Ciosek, M. (2011). Sekretny świat rodziny z problemem alkoholowym. *Studia gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, (8), 270-282.
101. *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders* (2024). World Health Organization.
102. Cohn, D.A. (1990). Child- mother attachment of six- year- olds and social competence at school. *Child development*, 61(1), 152-162.
103. Cooper, M.L., Russell, M., Frone, M.R. (1990). Work Stress and Alcohol Effects: A Test of Stress- Induced Drinking. *Journal of health and social behavior*, 260-276.
104. Crisp, R.J., Turner, R.N. (2009). Psychologia społeczna, przeł. M. Gocławska i in., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
105. Cullen, J., Carr, A. (1999). Codependency: An empiric study from a systemic perspective. *Contemporary Family Therapy*, 21, 505-526.
106. Curran, P.J., Chassin, L., Stice, E. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 130.
107. Cutrona, C.E., Hessling, R.M., Suhr, J.A. (1997). The influence of husband and wife personality on marital social suport interactions. *Personal Relationships*, 4(4), 379-393.
108. Czapiński, J. (red.) (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
109. Czemieszewska-Koruba, E. (2015). *Agresja i przemoc w szkole, czyli co powinniśmy wiedzieć, by skutecznie działać*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
110. Czub, M. (2009). Rola wczesnego rozwoju społeczno-emocjonalnego w genzie indywidualnej podatności na zranienie. *Dziecko Krzywdzone*, 27, 92–111.
111. Czub, T. (2005). *Wiek niemowlęcy. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Red. A.I., Brzezińska, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
112. Daley, D., Moss, H., Campbell, F. (1995). *Podwójne zaburzenia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
113. Dallemura, E. (2013). Praca z dziećmi i rodzicami w świetlicy socjoterapeutycznej. *Świat Problemów*, 7(66).

114. Daněk, A., Šotolová, E., & Stárek, L. (2024). The effect of alcoholism on the destruction of relationship values. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 14(1).
115. Deepa, P.S. (2017). *Co-Dependency, Marital Relationship, Family Environment & Social Functioning in Spouses of Individuals with Alcohol Dependence: A Comparative Study* (Master's thesis, Central Institute of Psychiatry (India)).
116. DeLucia, C., Belz, A., Chassin, L. (2001). Do adolescent symptomatology and family environment vary over time with fluctuations in paternal alcohol impairment? *Developmental Psychology*, 37(2), 207-216.
117. Devor, E.J. (1994). A developmental-genetic model of alcoholism: Implications for genetic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1108-1115.
118. Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632-643.
119. Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A., Newman, J.P. (1990). Attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal Abnormal Psychology*, 99(4), 385-392.
120. Dohrenwend, B.P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.
121. Domenico, D., Windle, M. (1993). Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 659.
122. Doniec, R. (2001). *Rodzina wielkiego miasta*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
123. Doroszewicz, K. (2008). *Bliskie związki a jakość życia* [w:] Psychologia Jakości Życia, t. 7. Warszawa, 1-2.
124. Dubey, M. (2022). *5 Signs of aof a High-FunctioningHigh-Functioning Alcoholic*. January. Nevada Lawye, 22-24.
125. Dyczewski, L. (1981). *Rodzina polska i kierunki jej przemian*. Warszawa: Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych.
126. Dyjakon, D. (2012). Świat według DDA. *Świat Problemów*, 2, 15-19.

127. Dzik, M. (2017). „Nie upijajcie się winem..., ale napełniajcie się Duchem” (Ef 5, 18). Relacja „Duch–alkohol” w Biblii. *Biblica et Patristica Thoruniensia*, 10(1), 35-63.
128. Edwards, C.P. (1996). *Parenting toddlers*. [w:] *Handbook of parenting: Children and parenting*. Red. M.H. Bornstein, Mahwah, NJ: Erlbaum.
129. Edwards, E.P., Eiden, R.D., Leonard, K.E. (2006). Behavior problems in 18-to 36-month-old children of alcoholic fathers: Secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and psychopathology*, 18(2), 395-407.
130. Eiden, R.D., Edwards, E.P., Leonard, K.E. (2006). Children’s Internalization of Rules of Conduct: Role of Parenting in Alcoholic Families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 305.
131. Eiden, R.D., Leonard, K.E. (1996). Paternal alcohol use and the mother-infant relationship. *Development and Psychopathology*, 8(2), 307-323.
132. Eiden, R.D., Leonard, K.E., Hoyle, R.H., Chavez, F. (2004). A transactional model of parent – infant interactions in alcoholic families. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 350-361.
133. Eisenberg, N., Spinrad, T.L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339.
134. Ellis, D., Zucker, R., Fitzgerald, H. (2000). Rola oddziaływań rodzicielskich z punktu widzenia rozwoju i oceny ryzyka choroby alkoholowej. *Alkohol a zdrowie*, 26, 91-111.
135. Fala, A.M. (2023). *Zwrot w modelach konsumpcji. 2. edycja raportu ALKOHOL W POLSCE*. Pracodawcy Rzeczpospolitej Polskiej, Warszawa.
136. Flaherty, R. (2005). *The effects of parent al alcoholism on children. MA graduation research papers*. University of Northern Iowa.
137. Ford, D.H., Lerner, R.M. (1992). *Developmental systems theory: An integrative approach*. Sage Publications, Inc.
138. Frączek, A., Kofta, M. (1975). Frustracja i stres psychologiczny. *Psychologia/Podred. T. Tomaszewskiego-Warszawa: PWN*, 628-678.
139. Fromm, E. (1941). *Ucieczka od Wolności*, Warszawa (Czytelnik) 1993.
140. Fudała, J., Dąbrowska, K. (2012). Środowisko pracy a alkohol. *Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa*.
141. Fudała, J., Dąbrowska, K., Łukowska, K. (2013). *Uzależnienie od alkoholu-między diagnozą a działaniem*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.

142. Gabrielli JR, W.F., Mednick, S.A., Volavka, J., Pollock, V.E., Schulsinger, F., Itil, T.M. (1982). *Psychophysiology*, 19(4), 404-407.
143. Garmezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
144. Gasiul, H. (2022). *Personalistyczna koncepcja osobowości. Podstawy teoretyczne. Mechanizmy rozwoju i jego zakłóceń*. Warszawa. Difin.
145. Gaś, Z.B. (1994). *Rodzina a uzależnienia*. Lublin. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
146. Gąsior, K. (2012). *Funkcjonowanie noo-psychospołeczne i problemy psychiczne Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa. Difin.
147. Gąsior, K. (2014). Prężność rodzinna-nowe wyzwanie dla profilaktyki. *Resocjalizacja Polska*, 6.
148. Gertsman, S. (1956) *Wpływ rodziców na zaburzenia emocjonalności uczniów*. Toruń. Wydawnictwo Naukowe PWN.
149. Giancola, P.R., Zeichner, A. (1997). The biphasic effects of alcohol on human psychical aggression. *Journal of abnormal psychology*, 106(4), 598.
150. Giglio, J.J., Kaufman, E. (1990). The relationship between child and adult psychopathology in children of alcoholics. *International journal of the addictions*, 25(3), 263-290.
151. Gillen, R., Hesselbrock, V. (1992). Cognitive functioning, ASP, and family history of alcoholism in young men at risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 206-214.
152. Goetz, M. (2014). Strategie terapeutyczne dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. *Świat Problemów*, 6.
153. Granat, W. (1949). Abstynencja od alkoholu w duchu Chrystusowym. *Homo Dei*, 2, 233-234.
154. Greenberg, M.T., Siegel, J.M., Leitch, C.J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 12, 373-386.
155. Gruszka, J. (2023). Rakotwórcze działanie alkoholu to nie mit – to fakt!. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 9, 32-33.
156. Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.

157. Grzegorzewska, I. (2011). *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
158. Grzegorzewska, I. (2011). Realizacja zadań rozwojowych przez dorastające dzieci alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 24(3), 175-187.
159. Grzegorzewska, I. (2013). Aktualny stan badań nad zjawiskiem odporności psychicznej w populacji dzieci alkoholików. *Polskie Forum Psychologiczne*, 18(4), 385-399.
160. Grzegorzewska, I. (2013). *Odporność psychiczna dzieci alkoholików*. Warszawa. Wydawnictwo Scholar Sp. z o.o.
161. Grzegorzewska, I. (2013). Individual predispositions and positive adaptation of children of alcoholics. *Current Issues in Personality Psychology*, 1(1), 11-25.
162. Grzegorzewska, I. (2016). Parentyfikacja w rodzinach z problemem alkoholowym. *Alcoholism and Drug Addiction*, 29(1), 27-38.
163. Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2015). Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 28(4), 221-233.
164. Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, A. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
165. Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (2013). The Correlates of the Resilience of the Children of Alcoholics. *Psychology*, 4(12), 956-962.
166. Grzegorzewska, I., Borkowska, A. R., & Cierpiałkowska, L. (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
167. Hall, C.W., Webster R.E. (2007). Risk factors among adult children of alcoholics. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3(4), 494.
168. Harris, M.M., Heft, L.L. (1992). Alcohol and drug use in the workplace: Issues, controversies, and directions for future research. *Journal of Management*, 18(2), 239-266.
169. Hasin, D.S., Grant, B.F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1609-1640.
170. Herberger, T. (2014). Ad lo jada – picie w Purim. *Chidusz*, 05-03.
171. Heszen-Niejodek, I., Sęk, H. (2008). Zdrowie i stres. [w:] Strelau, J., Doliński D. (red.). *Psychologia. GWP, Gdańsk*, 701-734.

172. Heszen-Niejodek, I. (2000). Stres i radzenie sobie: fakty i kontrowersje. *Psychological Journal*, 3(1), 7-22.
173. Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
174. Howes, C., Hamilton, C.E. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and Concordance with parental attachments. *Child development*, 63(4), 867-878.
175. Ilnicka, M. (1998). Niepijący rodzic- szansa dla dzieci?. *Świat Problemów*, 7(66), 15.
176. Iwanicka, K.A., Olajosy, M. (2015). Koncepcje tzw. głodu alkoholowego. *Psychiatr. Pol*, 49(2), 295-304.
177. Iwanicka, K., Malicki, D., Pyłypczuk, A., Olajosy, M. (2011). Typologia uzależnienia alkoholowego według Lescha-proponowane formy terapii. *Current Problems of Psychiatry*, 12(3).
178. Jacob, T., Windle, M., Seilhamer, R.A., Bost, J. (1999). Adult children of alcoholics: drinking, psychiatric and psychosocial status. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(1), 3-21.
179. Jacobs, J., Wolin, S.J. (1989). Alcoholism and Family Factors A Critical Review: A Critical Review. *Recent Developments in Alcoholism: Treatment Research*, 147-164.
180. Jakubczyk, A. (2017). *Alkoholowy zespół abstynencyjny*. [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. M., Wojnar (red.). Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 73-84.
181. Jakubik, A., Zegarowicz, E. (1998). Samoocena, poczucie kontroli i kontrola emocjonalna u dorastających córek mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 1(30), 73-83.
182. Jankowiak, B., Wojtynkiewicz, E. (2018). Kształtowanie się tożsamości w okresie adolescencji a podejmowanie zachowań ryzykownych w obszarze używania alkoholu przez młodzież. *Studia Edukacyjne*, (48), 169-185.
183. Janowski, R. (2009). Uzależnienie od alkoholu, [w:] B. Bętkowska- Korpała (red.). *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, 59-76.
184. Jellinek, E.M. (1987). Stadia nałogu alkoholowego. *Now. Psychol*, 3, 3-20.

185. Jelski, W., Grochowska-Skiba, B., Szmitkowski, M. (2007). Dehydrogenaza alkoholowa i metabolizm alkoholu etylowego w mózgu. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 61.
186. Jędrzejko, M., Kowalewska, A. (2010). *Narkomania i uzależnienie – zjawisko i podstawowe pojęcia*. [w:] *Człowiek wobec uzależnień*. M., Jędrzejko (red.). Warszawa, Oficyna Wydawnicza, 9-11.
187. Kaleta, K. (2011). Rodzinne uwarunkowania społecznego funkcjonowania jednostek w świetle teorii Minuchina i Bowena. *Roczniki Psychologiczne*, 14(2), 141-158.
188. Kalkowski, H. (2011). Współzależnienie oraz fazy przystosowania się do życia w rodzinie z problemem alkoholowym. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4(8), 29-37.
189. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. (1994). M., Baranowski (opr.) Wydawnictwo PALLOTINUM, wersja elektroniczna: <http://www.katechizm.opoka.org.pl/> [dostęp: 15.12.24].
190. Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 313-321.
191. Kida, I. (2013). *Człowiek w środowisku społecznym. Wykłady z podstaw psychologii społecznej*. Radom: Wydawnictwo UT-H.
192. Klecka, M., Janas-Kozik, M. (2009). *Dziecko z FASD: rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*. Warszawa. Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
193. Kopera, M., Wojnar, M. (2017). *Najważniejsze typologie uzależnienia od alkoholu*. [w:] *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. M., Wojnar (red.), Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 21-28.
194. Kornas-Biela, D. (2004). Okres prenatalny. [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia*, B., Harwas- Napierała, J., Trempała (red.).
195. Kotowska, J., Olszewska-Turek, K., Modrzyński, R., Celebucka, J., Bętkowska-Korpała, B. (2022). Skala Picia Problemowego (SPP) – właściwości psychometryczne. *Psychiatria Polska*, 2, 339-354.
196. Koziński, J. (1986). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.

197. Krakowiak, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku dzieci z zespołem poalkoholowym (FAS), [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, S., Grabias, T., Woźniak, J., Panasiuk (red.), 419-435.
198. Krüger, H.H. (2007). *Metody badań w pedagogice*. Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
199. Kubacka-Jasiecka, D. (2010). Interwencja kryzysowa. *Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
200. Kuberska-Przekwas, K. (2014). Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, (1), 51-70.
201. Kubinowski, D. (2006). Pedagogiczne myślenie humanistyczne. [w:] *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, D., Kubinowski, M., Nowak (red.). Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
202. Kupisiewicz, M. (2014). *Słownik pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, APS.
203. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer publishing company.
204. Lee, P., George, R.P. (2008). The nature and basis of human dignity. *Ratio Juris*, 21(2), 173-193.
205. Lenkiewicz, K., Srebnicki, T., Bryńska, A. (2016). Mechanizmy kształtujące rozwój osobowości i jej zaburzeń u dzieci i młodzieży. *Psychiatria Polska*, 50(3).
206. Leśniak, E., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (1996). Rodziny w kryzysie: diagnoza i interwencja kryzysowa. [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych, wybór i oprac.* Warszawa. Wydawnictwo Interart, 83-101.
207. Liberska, H., Głogowska, K., Deja, M. (2016). Przywiązanie do rodziców i rówieśników jako predyktor samooceny w okresie adolescencji. *Czasopismo Psychologiczne*, 22(2), 219-227.
208. Liberska, H., Matuszewska, M. (2014). Modele funkcjonowania rodziny. Style wychowania. [w:] I., Janicka, H. Liberska, (red.). *Psychologia rodziny*, 115-139.
209. Liberska, H., Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia rozwojowa*, 16(1).
210. Locke, T.F., Newcomb, M. (2004). Child maltreatment, parent alcohol- and drug-related problems, polydrug problems, and parenting practices: A test of gender

- differences and four theoretical perspectives. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 120-134.
211. Majewska-Opiełka, I. (2006). *Wychowanie do szczęścia*. Poznań. Dom Wydawniczy REBIS.
212. Makara-Studzińska, M., Moryłowska, J. (2007). Rodzina a zachowania ryzykowne młodzieży. *Roczniki Teologiczne*, 10.
213. Malczewski, A., Jabłoński, P. (2023). *Raport 2023. Uzależnienia w Polsce*. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Warszawa.
214. Marczak, H. (1994). *Dzieci z rodzin dotkniętych alkoholizmem, ich sytuacja psychiczna i formy pomocy*. [w:] *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, S., Kawula, H., Machel (red.). Gdańsk-Toruń. Wydawnictwo Adam Marszałek.
215. Marszałek, L. (2014). Rodzina i przedszkole w odkrywaniu dobra przez dziecko. *Warszawskie Studia Pastoralne*, 1, 79-100.
216. Marszałek, L. (2022). Nie ma edukacji bez relacji. *Forum Pedagogiczne*, 2, 275-288.
217. Mazur, J. (2005). Rodzinne uwarunkowania międzypokoleniowej transmisji alkoholizmu. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*.
218. Mellibruda, J. (1993). Oblicza przemocy. *Remedium*, 12.
219. Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28), 421-430.
220. Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
221. Miller, D., Jang, M. (1977). Children of alcoholics: A 20-year longitudinal study. *Social Work Research and Abstracts*, 13(4), 23-29.
222. Minczakiewicz, E.M. (2010). *Wsparcie społeczne rodzin postawionych wobec dylematu narodzin dziecka z Zespołem Downa i wyzwań związanych z jego wychowaniem*. [w:] *Pomoc-wsparcie społeczne-poradnictwo. Od teorii do praktyki*. M., Piorunek (red.). Toruń. Wydawnictwo Adam Marszałek.
223. Modrzyński, R. (2020). Zaburzenie używania alkoholu według DSM-5. Możliwości i ograniczenia wynikające ze zmiany kryteriów diagnostycznych. *Resocjalizacja Polska*, 19, 49-60.

224. Morawska, K., Chodkiewicz, J. (2019). Alkoholicy wysokofunkcjonujący – odrębny typ? Poszukiwanie wspólnych cech w istniejących typologiach alkoholizmu. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 4, 411–417.
225. Mróz, A. (2009). Znaczenie doświadczeń z okresu dzieciństwa i adolescencji dla rozwoju zawodowego w życiu dorosłym. *Problemy Profesjologii*, 2, 85-93.
226. Namysłowska, I. (1997). *Terapia rodzin*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
227. Niewiadomska, I., Fel, S. (2015). Formy przystosowania młodzieży w rodzinie z problemem alkoholowym. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 58(4), 39-50.
228. Nowak, A. (1998). *Metoda biograficzna w badaniach pedagogicznych* [w:] *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*. S., Palka (red.). Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
229. Nowak, B.M. (2011). Rodzina w kryzysie złożonym-kontekst resocjalizacyjny. *Resocjalizacja Polska*, 2, 159-169.
230. Nowak, B.M. (2012). *Rodzina w kryzysie. Studium resocjalizacyjne*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
231. Nowak, B.M. (2012). Rola zasobów rodzinnych w przezwyciężaniu kryzysu wieloprogowego. *Pedagogika Społeczna*, 3(45).
232. Nowak, S. (1970). *Metodologia badań socjologicznych. Zagadnienia ogólne*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
233. Nowotnik, A. (2014). Wczesnodziecięce style przywiązania do opiekuna a osiągnięcia szkolne i funkcjonowanie społeczne uczniów. *Edukacja*, 127(2), 7-20.
234. Obuchowska, I. (1996). *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Warszawa. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
235. Ochmański, M. (1981). *Wpływ alkoholizmu rodziców na poziom inteligencji i przystosowanie ich dzieci do nauki szkolnej*. Warszawa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
236. Ochmański, M. (1993). *Nadużywanie alkoholu przez ojców a sytuacja domowa i szkolna dzieci alkoholików*. Lublin. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
237. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa. Difin.

238. Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2015). Resiliency and social support as factors promoting the process of resilience in adolescents – wards of children’s homes. *Health Psychology Report, 3*(3), 210-219.
239. Okoń, W. (1981). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
240. Ostrihanska, Z. (1993). Zaburzenia życia rodzinnego spowodowane alkoholem. *Alkoholizm i Narkomania, 13*, 142-169.
241. Oszustowicz, B. (2003). „*Spółeczność, która odrzuca dzieci..., nigdy nie zazna spokoju*” – refleksje w nauczaniu Jana Pawła II. [w:] Wilk, J. (red.) *W służbie dziecka*, t.1. Lublin: Katedra Pedagogiki KUL.
242. Palka, S. (2006). *Humanistyczne podejście w badaniach pedagogicznych i praktyce pedagogicznej* [w:] *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*. D., Kubinowski, M., Nowak (red.). Kraków, 75-81.
243. Pawłowska, B., Churcha, M., Masiak, M. (2004). Obraz siebie a obraz innych ludzi w percepcji pacjentek chorych na jadłowstręt psychiczny. *Psychiatria Polska, 6*.
244. Pawłowska, R. (2005). Środowisko rodzinne a rozwój osobowości dziecka. *Problemy Alkoholizmu, 2-3*.
245. Peterson Edwards, E., Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2001). Temperament and behavioral problems among infants in alcoholic families. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health, 22*(3), 374-392.
246. Petrikowska, R. (2012). Dorosłe Dziecko Alkoholika-zaburzenia lękowe czy już zespół stresu pourazowego?. *Świat problemów, 2*, 23-26.
247. Piecuch, E. (2016). Rodzina jako przestrzeń rozwijania umiejętności społecznych dziecka. *Wychowanie w Rodzinie, 13*(1), 345-358.
248. Pilch, T. (1977). *Zasady badań pedagogicznych*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk.
249. Pilecka, W., Rudkowska, G., Wrona, L. (red.) (2005). *Podstawy Psychologii*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademia Pedagogiczne.
250. Pillow, D.R., Barrera, Jr, M., Chassin, L. (1998). Using cluster analysis to assess the effects of stressful life events: Probing the impact of parental alcoholism on child stress and substance use. *Journal of Community Psychology, 26*(4), 361-380.

251. Piorunek, M. (2010). *O pomocy, wsparciu społecznym i poradnictwie prolegomena do teoretycznych rozważań i praktycznych odniesień*. Toruń. Wydawnictwo Adam Marszałek.
252. Piorunek, M. (2010). *Poradnictwo. Wokół kwestii rudymenarnych* [w:] *Poradnictwo w kulturze indywidualizmu*. E., Zierkiewicz, V., Drabik- Podgórna (red.). Wrocław, 59-67.
253. Piorunek, M. (2016). Liczby i słowa w badaniach humanistycznych i społecznych. (Nie)dychotomiczność paradygmatów badawczych [w:] *Badania biograficzne i narracyjne w perspektywie interdyscyplinarnej*. M., Piorunek (red.). Poznań. Wydawnictwo Naukowe UAM.
254. Plichta, P. (2016). Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi-uwarunkowania i propozycje rozwiązań. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(1), 27-52.
255. Płopa, M. (2008). *Więzi: W małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
256. Płopa, M. (2011). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków. Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej: „Impuls”.
257. Polok, G. (2009). *Rozwinąć skrzydła. Nie tylko o dorosłych dzieciach alkoholików*. Katowice. KAGA-DRUK.
258. Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
259. Quinton, D., Rutter, M. (1988). *Parenting Breakdown: The Making and Breaking of Inter-generational Links*. Aldershot: Avebury.
260. Raman, V., Prasad, S., Appaya, M.P. (2010). *Children of men with alcohol dependence: psychopathology, neurodevelopment and family environment*. *Indian J. Psychiatry*, 52(4), 360-6.
261. Ravindran, O.S., Hima, K., Natarajan, S., Sathianathan, R. (2018). Behavioral problems and temperamental characteristics among children in alcoholic families. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 23(1), 52-56.
262. Reich, W., Earls, F., Powell, J. (1988). A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction*, 83(7), 831-839.

263. Robinson, B.E. (1998). Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików, przedm. M. Woodside, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, 998.
264. Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (2013). Development of individual differences in temperament. In *Advances in developmental psychology* (pp. 37-86). Psychology Press.
265. Rydzewska, M., Zaorska, J., Jakubczyk, A. (2023). Regulacja emocji a problemowe używanie alkoholu: przegląd literatury. *Alkoholizm i narkomania* 2, 113-140.
266. Rynis, A. (2003). *Wartość dziecka w nauczaniu Jana Pawła II* [w:] Wilk, J. (red.). *W służbie dziecka*, t. 1. Lublin: Katedra Pedagogiki KUL.
267. Ryś, M. (2008). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
268. Ryś, M. (2011). Kształtowanie się poczucia własnej wartości i relacji z innymi w różnych systemach rodzinnych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2(6), 65-84.
269. Ryś, M. (2011). Role pełnione w rodzinie z problemem alkoholowym a poczucie własnej wartości i relacje interpersonalne z najbliższymi u Dorosłych Dzieci Alkoholików. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, (4), 93-130.
270. Ryś, M., Wódz, E. (2003). Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci alkoholików. *Studia Psychologica: Theoria et praxis*, (4), 107-121.
271. Sassi, F., Love, P. (2015). *Alcohol: The public health side of a social phenomenon*. [w:] Tackling Harmful Alcohol Use Economics and Public Health Policy. F., Sassi (red.). Paris, OECD, 19-38.
272. Sawant, N.S. (2020). Children of alcoholics: Are they vulnerable or resilient?. *Annals of Indian Psychiatry*, 4(2), 111-114.
273. Sawicka, K. (2010). *Socjoterapia-proces i metoda* [w:] *Socjoterapia*. K., Sawicka (red.). Warszawa. Wydawnictwo Kompendium.
274. Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., Wickremarathne, D., Patton, G.C. (2018). The age of adolescence. *The lancet child & adolescent health*, 2(3), 223-228.
275. Sęk, H. (1991). *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
276. Sęk, H. (2000). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická*, 48(P4), 17-34.

277. Sęk, H. (2001). *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego* [w:] *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. L., Cierpiałkowska, H. Sęk (red.). Poznań. Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
278. Sęk, H. (2004). *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. H., Sęk, R., Cieślak (red.). Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN, 18-19.
279. Sęk, H. (2005). *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu* [w:] *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, D., Kubacka-Jasiecka, T.M., Ostrowski (red.). Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
280. Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne-sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. H., Sęk, R., Cieślak (red.). Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN, 11-28.
281. Sęk, H. (2005). *Pojęcie normy, normalności i zdrowia* [w:] *Psychologia kliniczna*. H., Sęk (red.). Warszawa. Wydawnictwo PWN, 55-64.
282. Sher, K.J. (1987). Stress response dampening. *Psychological theories of drinking and alcoholism*, 227-271.
283. Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. University of Chicago Press.
284. Sher, K.J. (2000). Charakterystyka psychologiczna dzieci alkoholików [w:] *Badania nad dziećmi alkoholików*. L., Zbucka (red.). Warszawa. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 164-183.
285. Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 427.
286. Sikorska, D. (2015). *Dysfunkcje opiekuńczo-wychowawcze w rodzinach dotkniętych alkoholizmem w opinii wychowawców placówek opiekuńczo-wychowawczych*. [w:] *Wielowymiarowość resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie*. S., Bębas, K., Jagielska, R., Koziół (red.). Kraków, Wydawnictwo «scriptum», 79-96.
287. Skala, K., Walter, H. (2013). Adolescence and alcohol: a review of the literature. *Neuropsychiatr*, 27(4), 202-11.
288. Skałbania, B. (2011). *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*. Kraków: Impuls.

289. Skowrońska-Zbierzchowska, A. (2008). Rozwijanie sieci wsparcia społecznego odpowiedzią na problemy nastoletnich rodziców. *Przegląd Pedagogiczny*, 2(13).
290. Skrętowska, H. (2012). Problemy w tworzeniu bliskich związków u DDA. *Świat problemów*, 2, 29.
291. Skrzypczyk-Ostaszewicz, A. (2023). Profilaktyka pierwotna raka piersi. Wpływ alkoholu na ryzyko rozwoju tego nowotworu. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 11, 34-35.
292. Smolińska-Thesis, B., Thesis, W. (2010). Badania jakościowe-przewodnik po labiryncie. *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, 79-102.
293. Sobol, E., Stankiewicz, A., Wiśniakowska, L., Wróbel, B. (2002). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN.
294. Sobolewska, Z. (2000). *Odebrane dzieciństwo: psychologiczne problemy Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
295. Sobolewska-Mellibruda, Z. (2011). *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*. Warszawa. Wydawnictwo Zielone Drzewo.
296. Sokol, R.J., Ager, J.W., Martier, S. (1988). Toward defining an overall fetal alcohol dose – response relationship in human pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res*, 12, 339-346.
297. Sokoluk, W. (2003). *Wychowanie do życia w rodzinie. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*. Warszawa. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.
298. Sroczyńska, M. (2015). Rytuály przejścia, nadania i zatwierdzania w społecznej przestrzeni rodziny (z badań nad młodzieżą). *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 58(4), 51-75.
299. Stabryła, J. (2013). *Źródła przemocy w rodzinie* [w:] *Studencka Konferencja Naukowa. Czerwiec 2013*. Rzeszów. Wyższa Szkoła Prawa i Administracji Rzeszów-Przemysł.
300. Górská, D., & Stawicka, M. (2016). Mentalizacja w kontekście przywiązania, [w:] *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, D. Górská, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
301. Steinhausen, H.C. (1995). *Children of alcoholic parents. A review*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 4(3), 143–52.

302. Stępień, E. (1991). Realizacja zadań rozwojowych przez dzieci i młodzież z rodzin z problemem alkoholowym. *Alkoholizm i Narkomania*, 24(3), 144-158.
303. Strelau, J. (1990). Rola temperamentu w rozwoju psychicznym. Wydawnictwo szkolne i pedagogiczne.
304. Strelau, J. (1985). *Temperament – osobowość – działanie*. Warszawa. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
305. Sudhinaraset M., Ph.D., Wigglesworth, Ch., M.S.W., L.C.S.W., Takeuchi, D.T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use. Influences in a Social–Ecological Framework. *Alcohol Research Current Reviews*, 38(1), 35-45.
306. Szałachowski, R., Kulik, M.M. (2014). Behawioralne i poznawcze metody terapii par. *Psychoterapia*, 3(170).
307. Szczepańska, H. (1992). *Żony alkoholików*. Warszawa. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
308. Szczepkowski, J. (2000). Pomagamy ofiarom przemocy domowej i rodzinie z problemem alkoholowym. *Wychowanie na co dzień*, 9, 23-25.
309. Szcześniak, E. (2011). Terapia osób uzależnionych od alkoholu w podstawowym etapie leczenia. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, 8, 283-292.
310. Szeliga-Lewińska, J. (2010). Ogólny model terapii grupowej. *Psychiatria*, 7(3), 104-116.
311. Sztander, W. (2006). *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*. Warszawa. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
312. Szymańska, J., Sienkiewicz, E. (2011). Wsparcie społeczne. *Problemy Psychiatrii*, 12(4), 550-553.
313. Szymczak, A., Niškiewicz, I., Krela-Kaźmierczak, I., Linke, K. (2009). Wpływ alkoholu na wybrane schorzenia przewodu pokarmowego. *Nowiny Lekarskie*, 78, 222-227.
314. Ślaski, S. (2005). Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz ich rodzice-aktualny stan badań. *Roczniki psychologiczne*, 8(2), 37-54.
315. Ślebarska, K.M. (2010). *Wsparcie społeczne a zaradność człowieka w sytuacji bezrobocia*. Dysertacja doktorska. Katowice.
316. Talik, E. (2011). Specyfika stresu szkolnego i strategie radzenia sobie z nim przez młodzież w okresie. *Horyzonty Psychologii*, 1(1), 127-137.

317. Tarter, R., McBride, H., Buonpane, N., Schneider, D. (1977). Differentiation of alcoholics: Childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking pattern. *Archives of General Psychiatry*, 34(7), 761-768.
318. Trębińska-Szumigraj, E. (2010). *Współzależnienie matek narkomanów*. Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
319. Tyszkowa, M. (2010). *Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań*. Poznań. Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
320. Ulleland, C., Wennberg, R., Igo, R., Smith, N.J. (1970). *The offspring of alcoholic mothers*. *Pediatr Res*, 4(5), 474.
321. Wald, I. (1986). *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
322. Wegscheider-Cruse, S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
323. Werner, E.E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of studies on alcohol*, 47(1), 34-40.
324. Werner, E.E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-515.
325. Werner, E.E., Johnson, J.L. (2002). Can we apply resilience?. *Resilience and development: Positive life adaptations*, 259-268.
326. Węcek, M. (2014). Pomoc rodzinie w świetlicy socjoterapeutycznej. *Świat Problemów*, (6), 257.
327. Whalen, T. (1953). Wives of alcoholics-four types observed in a family service agency. *Quarterly journal of Studies on Alcohol*, 14(4), 632-641.
328. Widera-Wysoczańska, A. (2001). Gdzie się podziało moje dzieciństwo?. Dorosłe dzieci alkoholików. *Charaktery*, 3, 34-36.
329. Wiliński, P. (2005). *Wiek szkolny. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* [w:] Psychologiczne portrety człowieka. A.I., Brzezińska (red.). Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 303-343.
330. Włodarczyk, E. (2014). Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego – od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia. *Resocjalizacja Polska*, 8(2), 101-117.
331. Włodarczyk, E. (2016). Konsekwencje wychowywania się w rodzinie z problemem alkoholowym-bagaż na całe życie. *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 37(2), 45-57.

332. Włodarczyk, E. (2016). *Od uwikłania w uzależnienie od alkoholu do ustawicznego zdrowienia*. [w:] *Sytuacje trudne w perspektywie jednostkowej i społecznej*. H., Karaszewska, E., Silecka-Marek (red.). Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 19-36.
333. Włodarczyk, E. (2016). *Zakończenie: O wsparciu społecznym i jego znaczeniu* [w:] *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*. J., Spętana, D., Krzysztofiak, E., Włodarczyk (red.). Kraków. Oficyna Wydawnicza Impuls, 191-195.
334. Włodarczyk, E. (2020). *Zaburzenia związane z używaniem alkoholu – obraz i możliwości pomocy*. [w:] *Człowiek w pułapce problemów. Psychospołeczne problemy jednostki oraz instytucjonalne i pozainstytucjonalne sposoby ich rozwiązywania*. H., Karaszewska (red.). Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 31-57.
335. Wnuk, M. (2007). Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania*, 20(3), 289-301.
336. Woititz, J.G. (1992). *Dorośle Dzieci Alkoholików*. Warszawa. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
337. Wojciszke, B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
338. Wojciszke, B. (2011). *Psychologia społeczna*. Warszawa. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
339. Wojtynkiewicz, E. (2016). Uzależnienie od alkoholu z perspektywy teorii przywiązania-studium przypadku. *Psychoterapia*, 2(177).
340. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR, 2018). *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective-Continuous Update Project Expert Report*.
341. World Health Organization. (1962). WHO and mental health, 1949-1961.
342. World Health Organization. Department of Mental Health, & Substance Abuse. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. World Health Organization.
343. Woronowicz, B.T. (1993). *Alkoholowe vademecum dla każdego*. Zakroczym, Bracia Mniejsi Kapucyni Warszawa, Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości.
344. Woronowicz, B.T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

345. Woronowicz, B.T. (2001). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
346. Woronowicz, B.T. (2008). *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*. Warszawa. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
347. Woronowicz, B.T. (2017). Kliniczne i społeczne aspekty uzależnienia od alkoholu. *AKMED Centrum Konsultacyjne. Wyzwania*, 4, 165-188.
348. Wosik-Kawala, D. (2007). *Korygowanie samooceny uczniów gimnazjum*. Lublin: UMCS.
349. Zaworska-Nikoniuk, D. (2021). Behaviorism, Substance abuse and addiction, Health and medicine and law. *Resocjalizacja Polska*, 1, 205-225.
350. Ziółkowska, B. (2005). *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*. A.I., Brzezińska (red.). Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
351. Zucker, R.A. (1986). The four alcoholisms: A developmental account of the etiologic process. *Nebraska symposium on motivation*. University of Nebraska Press.
352. Zucker, R.A. (1994). Pathways to alcohol problems and alcoholism: A developmental account of the evidence for multiple alcoholisms and for contextual contributions to risk. *The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk*, 26, 255-289.
353. Żak, P., Brzezińska, M. (2012). Męskość rodzi kobiecość. *Charaktery*, 6

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59.

Spis rysunków

Rysunek 1. Schemat przebiegu tworzenia programu profilaktycznego.....	233
--	-----

Spis tabel

Tabela 1. Sposób realizacji programu „Schodami w dorosłość”	248
--	-----