

Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży

1. Określenie uzależnienia

Uzależnienie to nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji. W praktyce określenie to ma kilka znaczeń.

W języku potocznym termin "uzależnienie" jest stosowany głównie do osób, które nadużywają narkotyków (narkomania), leków (lekomania), alkoholu (alkoholizm), czy papierosów. W szerszym kontekście może odnosić się do wielu innych zachowań, np. gier hazardowych, oglądania telewizji, internetu, czy seksu. Są to uzależnienia często mniej znane i opisane, nie zawsze nawet określane w oficjalnych klasyfikacjach chorób, ICD-10 i DSM IV, jako zaburzenie. Dlatego współczesna psychologia traktuje pojęcie uzależnienia szeroko i zakłada, że obejmuje ono także „inne wypadki, kiedy ludzie czują się zmuszeni angażować się w ryzykowne, >wymykające się spod kontroli< zachowania" (Zimbardo, 1999, s. 31).

Uzależnienie fizjologiczne (ang. physiological dependence), zwane też czasem fizycznym, to nabyta silna potrzeba stałego zażywania jakiejś substancji odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych (np. bóle, biegunki, uczucie zimna, wymioty, drżenia mięśni, bezsenność). Zaprzestanie jej zażywania (odstawienie) prowadzi do wystąpienia zespołu objawów, które określa się jako zespół abstynencyjny (zespół z odstawienia). W leczeniu stosowana jest detoksykacja, czyli odtrucie. Grupa substancji, których nadużywanie prowadzi do uzależnienia fizjologicznego jest niewielka. Najważniejsze z nich to (w nawiasie nazwa choroby polegającej na uzależnieniu od danej substancji):

- nikotyna (nikotynizm)
- alkohol etylowy (alkoholizm)
- opiaty (heroína, morfina i inne)
- barbiturany (pochodne kwasu barbiturowego) stosowane jako leki nasenne
- niektóre steroidy (zwane niesłusznie sterydami)
- benzodiazepiny (grupa leków psychotropowych)
- Do uzależnienia fizjologicznego nie prowadzą amfetamina, LSD, THC ani wiele innych substancji psychoaktywnych stosowanych rekreacyjnie (choć tutaj zdania badaczy są podzielone).

Ciekawym przykładem wywoływania czystej zależności fizjologicznej przy braku psychicznej są niektóre pochodne steroidów. Zależność ta jest na tyle silna, iż leków tych nie można odstawić nagle, gdyż może zagrozić to życiu pacjenta.

2. Neurobiologia uzależnienia psychicznego od środków przeciwdepresyjnych oraz psychostymulujących

Problem ze zbudowaniem ścisłego modelu uzależnienia bierze się m.in. z nie do końca poznaną budową oraz działaniem mózgu ludzkiego oraz trudnością w ścisłym zdefiniowaniu uzależnienia jako takiego co dość trafnie opisuje definicja zaproponowana przez Burglassa i Shaffera (1984) według którego: Pewna grupa osób zażywa pewne substancje w pewien sposób, który w pewnych okresach historii jest nie do zaakceptowania przez pewną grupę osób z powodów pewnych i niepewnych. Miejsca oraz częstość występowania słowa "pewny" pokazują kontrowersje związane z problemem uzależnieniem w sferach naukowych, społecznych, moralnych, prawnych czy wręcz filozoficznych. Należy podkreślić, iż mimo ogromnego postępu żadna z poniżej przedstawionych teorii nie opisuje w sposób kompletny problemu zależności psychicznej od substancji psychoaktywnych.

Jedną ze starszych hipotez powstawania uzależnienia jest teoria Edwarda J Khantziana (1997) oparta o hipotezę samoleczenia która ściśle wiąże przyjmowanie środków uzależniających z potrzebą zmniejszenia dyskomfortu psychicznego, który pojawia się w odpowiedzi na określone stresujące sytuacje życia codziennego. Środki uzależniające stosowane z wyboru zmniejszają poczucie dyskomfortu psychicznego i stanowią istotny sposób radzenia sobie z bolesnymi doznaniem i odczuciami (Schiffer, 1988, s. 131-137; Weiss, Griffin, Mirin, 1992, s. 121-129) Słabym punktem hipotezy Duncana jest problem odróżnienia osób uzależnionych od okazjnie zażywających oraz niezgodą środowiska medycznego na używanie terminu samoleczenie dla zachowań w istocie destrukcyjnych. Większość nowoczesnych farmakologicznych teorii powstawania uzależnienia potwierdzają hipotezę wysuniętą przez Di Chiara North¹ a później rozwiniętą przez Robinsona i Berridge², iż nagroda ma dwie fazy: fazę aktywną poszukiwania i oczekiwania przyjemności (np. zdobywanie jedzenia, podrywanie-flirt-seks) oraz fazę pasywną zaspokojenia (stan po najedzeniu się, stan po orgazmie). Faza druga podlega habituacji w OUN (ujemnemu sprzężeniu zwrotnemu), a faza pierwsza nie. Faza pierwsza związana jest z odruchami warunkowymi opartymi o układ dopaminergiczny podlegającymi warunkowaniu środowiskowemu oraz uczeniu asocjacyjnemu. Faza druga oparta jest o układ opioidowy i odruchy bezwarunkowe. Gdyby nie zjawisko habituacji moglibyśmy zrobić sobie krzywdę jedzeniem lub seksem. Narkotyki właściwie nie podlegają zjawisku habituacji w mózgu a dodatkowo mają zdumiewającą właściwość uczulania go na oczekiwanie przyjemności (nagrody), czego nie potrafi żadna fizjologiczna przyjemność. OUN próbuje się bronić przed działaniem narkotyku obniżając przyjemność z konsumpcji poprzez fizjologiczne mechanizmy kompensujące (np. zmiany wrażliwości receptorów, produkcje MAO), przez co dochodzi do coraz większej różnicy między przyjemnością oczekiwaną a uzyskiwaną. Następuje coraz silniejszy wzrost napięcia związany z oczekiwaniem nagrody – faza pierwsza, która paradoksalnie nie może zostać zaspokojona – faza druga. Wyuczenie takiego

¹ Neurobiology of opiate abuse. *Trends Pharmacol Sci* 1992, 13: 185-193.

² The neural basis of drug craving TE Robinson, KC Berridge – *Brain Res. Rev.*, 1993.

zachowania i niemożność osiągnięcia fazy zaspokojenia prowadzi do obsesji brania i uzależnienia. Hipoteza ta również dość dobrze tłumaczy dlaczego myszy zmuszane do picia wody z kokainą (przy braku alternatywy) znacznie trudniej się uzależniają niż myszy które same mogą wybierać między czystą wodą a wodą z kokainą. W tym drugim przypadku tzw. nienormalne uczenie asocjacyjne opisane przez Di Chiare ma właśnie miejsce. To właśnie aktywny wybór samopodawania narkotyku prowadzi do wbudowania się tej czynności w układ nagrody zwierzęcia a w konsekwencji do choroby mózgu – uzależnienia. Doświadczenia na myszach mają swoje przełożenie kliniczne, znane są przypadki osób przyjmujących biernie morfinę (zaordynowana przez lekarza oraz podawana przez pielęgniarki) które poddają się procesowi terapii z dużą skutecznością (ponad 95%) (Robinson, Davis, Nurco, 1974).

Z drugiej strony osoby, które same zdecydowały o samointoksykacji i aktywnie samopodawały narkotyki leczą się bardzo trudno (4-10%). Proces podejmowania decyzji o samopodawaniu narkotyku wydaje się być kluczowym dla powstawania zależności psychicznej u zwierząt oraz ludzi (Stefański, Landenheim, Lee, Cadet, Goldberg, 1999), a nawet dla samego działania narkotyku np nikotyna działa nagradzająco przy samopodawaniu i awersyjnie przy biernej intoksykacji. Hipoteza Di Chiary tłumaczy również dość dobrze nieodwracalność tego procesu czyli praktyczną "nieuleczalność" uzależnienia. Wytworzone wskutek plastyczności mózgu nowe połączenia neuronalne w OUN jak i nienormalna emocjonalna pamięć działania narkotyku pozostają do końca życia zwierzęcia jak również i człowieka. Właśnie ta pamięć jest przyczyną częstych nawrotów osób uzależnionych. Jest ona odpowiedzialna za pobudzanie ciała migdałowatego i kory przedczołowej w mózgu osoby uzależnionej. Ośrodki te z kolei pobudzają jądro półleżące oraz pole brzuszne nakrywki (VTA) wymuszając zachowania poszukiwawcze narkotyku właściwie z pominięciem woli uzależnionego, a czasem nawet i świadomości. Leczenie uzależnienia polega zatem na wyuczaniu nowych odruchów i nawyków w procesie terapii. Zachodzące w jej trakcie neuronalne zmiany w mózgu równoważą i przeciwdziałają starym zachowaniom. Jest to więc proces długotrwały wymagający niezwyklej determinacji oraz aktywnego udziału osoby uzależnionej. Może być on w przyszłości wspomagany przez leki hamujące zachowania poszukiwawcze prowadzące do przymusu brania (ang. *craving*). Są to leki blokujące receptory glutaminergiczne (np. memantyna, ibogaina), oraz receptory dopaminergiczne (np. 1-metylo-1,2,3,4-terahydroizochinolina). Z lekami hamującymi przymus brania wiąże się obecnie wielkie nadzieje. Leki te nie będą leczyć uzależnienia jako takiego lecz likwidować lub zmniejszać ilość nawrotów.

Główne objawy uzależnienia, występujące przy prawie każdym jego typie to:

- Zachowanie szybko staje się nawykowe.
- Jest częste, regularne i stereotypowe.
- Zabiera znaczną część czasu.
- Jest przyczyną problemów zdrowotnych, finansowych, zawodowych, małżeńskich i innych.
- Ma charakter kompulsywny.
- Trudno go zaprzestać trwale i całkowicie.
- Związane jest z powracającym wewnętrznym przymusem do niego.
- Zespół abstynencyjny, po odstawieniu substancji, lub zaprzestaniu kontaktu z daną sytuacją.

Nałóg wpływa destrukcyjnie nie tylko na zdrowie osoby uzależnionej, ale również na zachowania społeczne. Z uzależnienia mogą wynikać kłopoty w pracy, rozpad związku małżeńskiego lub innej struktury o charakterze rodzinnym, zanik więzi rodzic – dziecko czy dziecko – dziecko.

Uzależnienia są również często przyczyną zachowań o charakterze kryminogennym, np. z powodu nadużycia alkoholu popełniono w Polsce na sto takich zanotowanych przypadków 77 zabójstw, 58 umyślnych podpaleń, 79 pobić i zranień i aż 82 przestępstwa o podłożu seksualnym (Sillany, 1994, s. 17.).

3. Definicja narkomanii

Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia z 1957 roku przyjął następującą definicję narkomanii:

NARKOMANIA - jest stanem zatrucia okresowego lub chronicznego spowodowanym powtarzającym się przyjmowaniem narkotyków w postaci naturalnej lub syntetycznej.

To pojęcie narkomanii nie objęło wszystkich stanów, związanych z używaniem środków psychoaktywnych. Dotyczy tylko użycia klasycznych narkotyków. Obecnie w użyciu są takie pojęcia jak: "toksykomania", "farmakomania", "lekozależność". Ten ostatni termin został wprowadzony przez Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1968 roku dla określenia "...stanu psychicznego, a czasem fizycznego wywoływanego interakcją między żywym organizmem a lekiem charakteryzującym się reakcjami behawioralnymi i innymi, które zawsze obejmują przymus okresowego lub ciągłego przyjmowania leku w oczekiwaniu na jego efekt natury psychicznej.."Narkomanię eksperci zdefiniowali jako "...stan okresowej lub przewlekłej intoksykacji przynoszącej szkodę osobnikowi i społeczeństwu wywołanej powtarzającym się zażywaniem leku naturalnego lub syntetycznego.."3. Narkomania charakteryzuje się:

- nieodpartą koniecznością lub potrzebą przyjmowania leku i zdobywania go wszelkimi możliwymi drogami,
- tendencja do zwiększania dawki,
- psychicznym, a niekiedy fizycznym uzależnieniem się od działania leku.

Według obowiązującej w Polsce Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii: narkomania – stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich.

Obowiązująca obecnie 10 edycja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10) opisuje:

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych nadając im kody F10-F19

Substancje psychoaktywne:

F10 – alkohol

F11 – opiaty

³ Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 1968

- F12 – kanabinole
- F13 – leki uspokajające i nasenne
- F14 – kokaina
- F15 – inne substancje psychostymulujące, w tym kofeina
- F16 – substancje halucynogenne
- F17 – palenie tytoniu
- F18 – lotne rozpuszczalniki
- F19 – inne lub kilka substancji

Jeśli pacjent przyjmuje kilka substancji, to jako główną koduje się tę, która jest przyjmowana w sposób ciągły i powodująca aktualne zaburzenie. Jeśli pacjent przyjmuje substancje w sposób chaotyczny, bez zwracania uwagi na ich rodzaj – F19.

4. Narkomania jako problem społeczny

W rozumieniu teorii środowiskowych (społecznych) liczba sygnałów „pronarkotykowych”, w przypadku braku lub słabości odpowiednich zabiegów wychowawczych, może doprowadzić najpierw do pierwszego eksperymentu narkotycznego, a w konsekwencji kolejnych eksperymentów -do uzależnienia. Narkomania nie jest jednak wynikiem prostych relacji substancja psychoaktywna-człowiek. Dowiedziono bowiem istnienia mechanizmów społecznych i cech biologicznych sprzyjających pojawieniu się uzależnienia; oczywisty jest też wpływ na rozwój tej patologii skali podaży narkotyków oraz czynników kulturowych, ekonomicznych i geograficznych.

Czynniki mające wpływ na pojawienie się i rozwój zjawiska narkomanii, to: podaż (dostępność) narkotyków; wzorce kulturowe; wzorce społeczne; model reakcji prawnych; model i efektywność profilaktyki; skala zjawiska innych patologii społecznych; obecność czynnika w najbliższej rodzinie.

Jak wskazano w pracy Young People and Drugs – Care and treatment, istnieją wyraźne czynniki ryzyka rozwoju narkomanii wśród młodzieży (Young People and Drugs, 2006, s. 12 i nast.). Zalicza się do nich: środowisko wychowawcze (socjalizacyjne); występowanie narkomanii w środowisku szkolnym; status społeczny; kontakt ze środowiskiem kryminogennym; szanse życiowe (perspektywy); poziom akceptacji narkotyków; wiedzę o konsekwencjach zażywania narkotyków; stan profilaktyki narkotykowej.

Uzasadnionym jest więc stwierdzenie, że narkomania to zjawisko wielowymiarowe (co do czynników koniecznych dla jej wystąpienia), wieloaspektowe (co do przejawów) i wieloczynnikowe (co do źródeł).

5. Narkomania w Polsce

Problem narkotyków, w porównaniu do alkoholizmu, jest stosunkowo nowym zaburzeniem społecznym w Polsce. Jego początki sięgają lat 70. XX wieku i od tego czasu prowadzony jest monitoring używania nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym konsekwencji. Podkreślić należy, że samo zjawisko narkotyzowania się przez wiele dekad ograniczone było do specyficznych grup dzieci pochodzących z wyższych warstw społecznych, a także osób z tzw. marginesu społecznego. Chociaż w

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

aspekcie prawnym i definicjach w obu grupach mieliśmy do czynienia z tym samym problemem, to jednak były to różne zjawiska. Dotyczy to przede wszystkim typów przyjmowanych środków, jak również kontekstów sytuacyjnych. Jak się wydaje typy zachowań narkotykowych w pierwszych trzech dekadach II połowy XX wieku były pochodną silnych wpływów subkulturowych, zwłaszcza subkultury hippisowskiej oraz subkultur środowisk przestępczych. Stąd dominowały następujące substancje psychoaktywne: heroina, środki wziewne oraz leki.

Wraz z powrotem kapitalizmu do Polski, po 1989 roku następowało szybkie zróżnicowanie zachowań narkotykowych, jak również pojawienie się nowych problemów. Współczesne nauki społeczne, zwłaszcza pedagogika i psychologia podkreślają występowanie „generatorów” zaburzeń zachowania człowieka, bardzo charakterystyczne dla ostatnich dwóch dekad. Zalicza się do nich zerwanie tradycyjnych więzi rodzinnych, pęd do sukcesu i żądza sukcesu, bardzo szybkie tempo życia, silne oddziaływanie wzorców medialnych, dostęp dzieci do treści, na odbiór których nie są przygotowane emocjonalnie i intelektualnie. Pojawiła się też specyficzna grupa ludzi na przemiał, których funkcjonowanie społeczne, zwłaszcza zawodowe sprowadza ich do trybiku wielkiej maszyny. Badania nad takimi uwarunkowaniami narkomanii, jej skalą są dopiero przeprowadzane.

Występowanie narkomanii, ujmowanej jako problem społeczny, datuje się na czas przełomu ustrojowego po 1989 i wiąże się, przede wszystkim, ze wzrostem podaży narkotyków – na co kluczowy wpływ miał rozwój zorganizowanej przestępczości.

Tabela nr 1. Rozwój narkomanii z uwzględnieniem pozycji społeczno-ekonomicznej

Obszar biedy i ubóstwa oraz marginalizacji społecznej	Niski wiek pierwszych eksperymentów; przewaga narkotyków rodzimych; wyraźne interakcje narkomania – inne patologie społeczne
Dominująca część społeczeństwa o zachowaniach konformistycznych i przeciętnej (średniej) pozycji	Okazjonalne eksperymenty narkotykowe wśród nieletnich. Sięganie po narkotyki jako „wzmacniacze” w pracy zawodowej
Obszary bogactwa i ekstrawagancji kulturowej	Narkotyki jako element „subkultury” przewaga narkotyków mocnych

Przedstawiony powyżej schemat ma charakter umowny, a zaprezentowane w nim cechy dotyczą tzw. grup ryzyka. Ujawniane obecnie nowe cechy zjawiska narkomanii powinny zwracać uwagę na bardzo niebezpieczne zjawisko określane jako destygmatyzacja tzw. lekkich narkotyków oraz „oddzielenie” eksperymentów narkotykowych od zachowań wymagających potępienia i przeciwdziałania.

Nowe trendy narkotykowe (uzależnieniowe) w Polsce po 2000 roku:

- Zmniejszenie się narkomani wziewnej (lotne rozpuszczalniki) oraz zażywanie opiatów;
- Stabilizacja narkotyzowania się wśród uczniów szkół gimnazjalnych i średnich;
- Wzrost zażywania narkotyków wśród osób pow. 30 roku i w tzw. szybkich zawodach;

- Pojawienie się nowych substancji naturalnych, chemicznych i prekursorów;
- Gwałtowny wzrost uzależnienia od dopuszczonych do obrotu substancji (leki, środki wzmacniające).

2. Środowiskowe teorie podkreślające znaczenie rodziny w powstawaniu uzależnień

Wśród licznych teorii wyjaśniających powstawanie uzależnień od substancji psychoaktywnych na uwagę zasługują te, które wskazują na znaczącą (kierunkową) rolę uwarunkowań rodzinnych. Jedną z badaczek problemów uzależnień, J. Rogala-Obłękowska (2002, s. 83), wskazuje na dwie płaszczyzny analiz podejmowanych przez badaczy narkomanii młodzieżowej – koncepcje psychoanalityczne i koncepcje systemowe. Koncepcje psychoanalityczne skoncentrowane są na ustalaniu rodzinnych czynników, mogących być przyczyną powstawania uzależnienia u dziecka. Zalicza się do nich m.in. teorię percepcji środowiska rodzinnego Freda Streita. Natomiast teorie systemowe wyjaśniają charakterystyczne cechy rodzin narkomanów, jakie mogły być powodem powstania oraz podtrzymywania uzależnienia u młodych, funkcjonujących w nich osób. Do tej grupy analiz zalicza się m.in. homeostatyczny model rodziny narkomańskiej Duncana H. Stanton.

Wymienione wyżej teorie opierają się na założeniu wskazującym, że nieprawidłowo funkcjonująca rodzina jest istotnym prekursorem zachowań patologicznych wychowującej się w niej młodzieży. Na podstawie licznych badań autorzy tych teorii zauważyli, że wzorce rodzinne mogą skutkować szybszym sięganiem po substancje psychoaktywne, niższym wiekiem eksperymentów, jak również wyborem określonej substancji. Psycholog Dorota Pstrąg uważa, iż nieprawidłowo funkcjonująca rodzina może spowodować ukształtowanie się osobowości dziecka podatnej na uzależnienie, jak również być powodem wielu stresogennych sytuacji, mogących stać się przyczyną inicjacji narkotykowej (Pstrąg, 2000, s. 32).

1.1. Teoria percepcji środowiska rodzinnego Freda Streita

Ważnym założeniem, na którym F. Streit oparł opracowaną przez siebie teorię percepcji środowiska rodzinnego, jest twierdzenie, według którego rzeczywistość istnieje tylko w oczach osoby, która ją spostrzega (Gaś, 1994, s. 21). Zdaniem tego autora dzieci i ich rodzice w sposób odmienny interpretują to, co się dzieje w ich rodzinie oraz najbliższym środowisku. Ta odmienność ocen obejmuje m.in. następujące sytuacje: postawy rodziców względem dzieci, wsparcie emocjonalne rodziców, ich miłość do dzieci, a nawet cechy rodziców, wzajemne relacje w rodzinie, w tym także między rodzicami a pozostałym rodzeństwem.

Obserwując liczne przypadki zachowań narkotykowych, Streit doszedł do wniosku, że jeżeli dziecko wyżej opisane wskaźniki sytuacji rodzinnej interpretuje jako niekorzystne, mogą pojawić się u niego zaburzenia w zachowaniu, do których zalicza się m.in. zażywanie substancji psychoaktywnych. Dla dowiedzenia tak sformułowanej hipotezy, autor ten zbadał percepcję postaw rodzicielskich dzieci i młodzieży (Gaś, 1994, s. 21), u których występowały zachowania patologiczne. Na ich podstawie ustalił

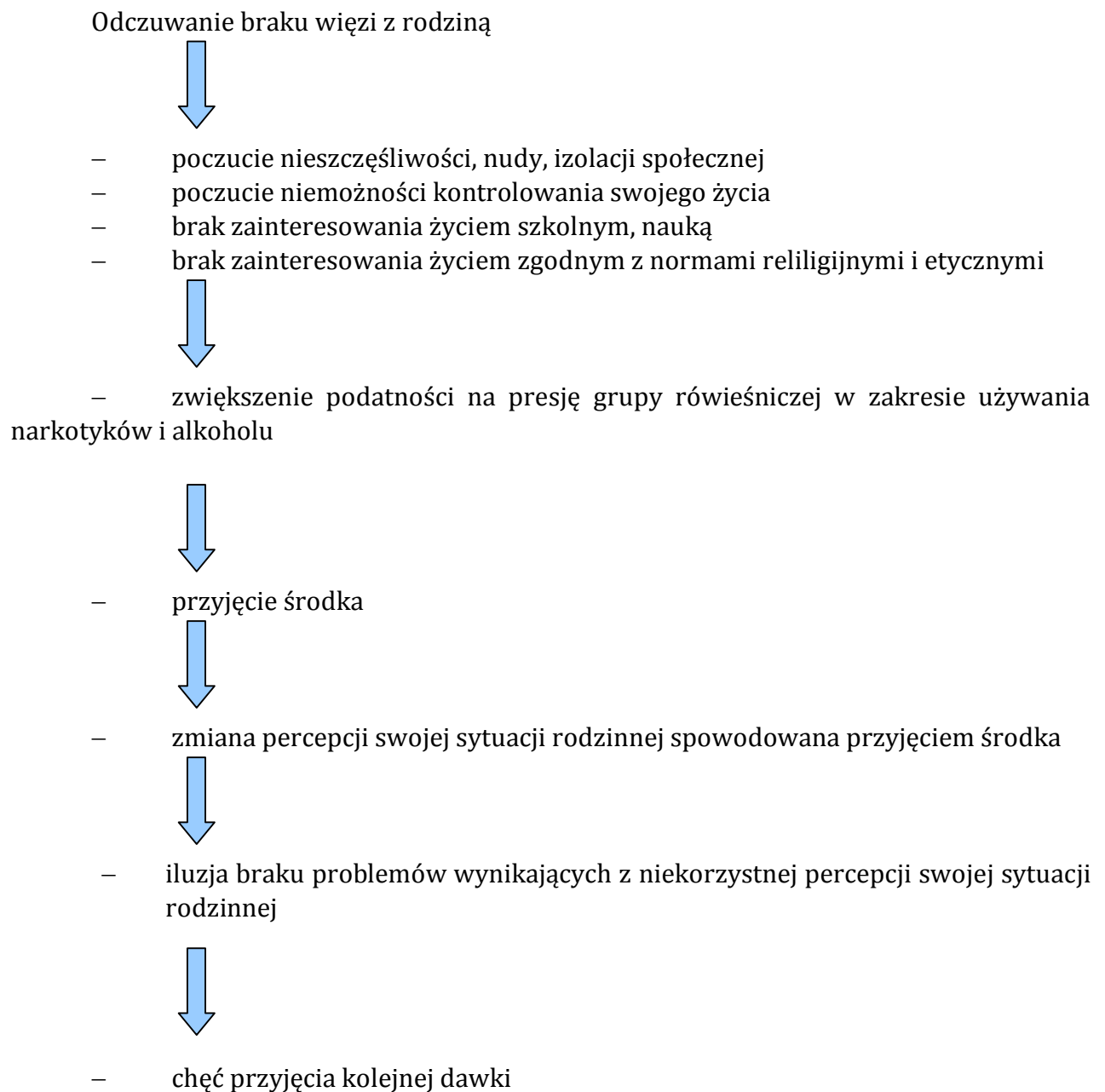
WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

prawidłowości występujące między tymi postawami, a preferowanymi przez dzieci rodzajami środków psychoaktywnych. Zależności te zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela nr 2. Postawy rodziców a zażywanie środków psychoaktywnych u dzieci

Percepcyjne postawy rodzicielskie		Typ preferowanych środków
Wskaźniki	Wymiary	
Kochająca swoboda	Umiarkowana wolność, zachęcanie do niezależnego myślenia, zachęcanie do nabywania umiejętności społecznych, równość traktowania	Nie występuje
miłość	Pozytywne ocenianie, współdziałanie z dzieckiem, okazywanie uczuć, okazywanie emocjonalnego wsparcia	
Kochająca kontrola	Stymulowanie rozwoju intelektualnego, koncentracja na dziecku, chęć posiadania dziecka dla siebie, ochranianie dziecka	
Kontrola	Ingerowanie w życie dziecka, wymaganie tłumienia agresji, wzbudzanie poczucia winy, autorytatywne kierowanie	Środki uspokajające i pobudzające, alkohol
Wroga kontrola	Stosowanie ograniczeń, kar, uporczywe dopominanie się o wykonanie poleceń	
Wrogość	Negatywne ocenianie, skłonność do irytacji, odrzucanie dziecka i lekceważenie go	Opiaty, heroina
Wroga swoboda	Lekceważenie dziecka, ignorowanie go	
Wolność (swoboda)	Brak kontroli nad dzieckiem, nie stosowanie żadnej dyscypliny	LSD, marihuana

Rys. 1. Rodzinne uwarunkowane powody przyjmowania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież według F. Streita (za: Gaś, 1994)



Według F. Streita młodzież nieodczuwająca więzi z rodzicami jest bardziej narażona na presję rówieśniczą w zakresie zachowań patologicznych, w tym picia alkoholu i eksperymentowania z narkotykami. Następnie zażywanie narkotyków przez dziecko uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie rodziny, w zakresie relacji między rodzicami, jak i relacji rodzice-dziecko. Skupienie się na problemie narkotykowym dziecka skutkuje „zamazaniem” innych ważnych problemów rodziny.

1.2. Homeostatyczny model rodziny narkomańskiej Duncana H. Stanton

Duncan H. Stanton pojmuje rodzinę jako wzajemnie powiązany interpersonalny system. Według tego badacza w rodzinie narkomańskiej system ten nie funkcjonuje prawidłowo, ze względu na zaburzone relacje między poszczególnymi członkami rodziny. Dziecko zażywające narkotyki koncentruje uwagę rodziców na swoim zachowaniu odwracając ją tym samym od wielu istotnych dla niej spraw, jak również konfliktów między rodzicami. Sytuacja narkomańska dziecka pełni tym samym rolę specyficznego stabilizatora w relacjach między nimi (Rogala-Obłękowska, 1999, s. 96). Tak więc zażywanie substancji uzależniającej przez dorastające dziecko utrzymuje funkcjonowanie rodzinne w sztucznie zaadaptowanej do tej patologicznej sytuacji homeostazie rodzinnej.

Podstawą wypracowania powyższych tez stała się dla Stanton'a analiza przeprowadzonych badań (Gaś, 1994, s. 25), według których matki narkomanów odczuwają silną potrzebę symbiotycznego związków ze swoim dzieckiem. Dlatego też cykl zaburzonych interakcji w rodzinie zostaje zapoczątkowany w okresie, w którym dziecko zaczyna dorastać i stopniowo coraz bardziej chce się uniezależnić od rodziców, natomiast nasila się w okresie, w którym decyduje się samodzielnie prowadzić życie poza domem.

Według omawianego modelu przyjmowanie środka uzależniającego przez dorastające dziecko powoduje niemożność jego pełnego usamodzielnienia, co zdaniem autora, jest jego odpowiedzią na brak zgody rodziców na jego usamodzielnienie. W tym okresie pojawiają się u dorastającej osoby sprzeczne dążenia, polegające na jednoczesnej chęci samodzielnego funkcjonowania, jak i spełnienia „oczekiwań” rodziców. Tak więc używanie środków psychoaktywnych skutkuje popadnięciem w uzależnienie, może wydawać się rozwiązaniem tego dylematu.

Jak zauważył w swoich badaniach Stanton, stan uzależnienia młodej osoby okazuje się wtedy pozornym rozwiązaniem, pozwalającym na utrzymanie sztucznej homeostazy w funkcjonowaniu rodziny. Sztuczność tego stanu i jego negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka, jak i rodziców nie budzi wątpliwości. Stanton przedstawia różne płaszczyzny, na których zażywanie środka w tej zaburzonej sytuacji zdaje się przynosić patologicznie funkcjonującej rodzinie korzyści (oczywiście pozorne).

Tabela nr 3. Płaszczyzny rozwiązywania dylematu zależności-niezależności za pomocą przyjmowania środka wg D. Stanton'a

PŁASZCZYZNY
Indywidualna psychofarmakologia (doznawanie euforii porównywanej z symbiotycznym związkiem z matką, redukcja lęku związanego z oddzieleniem od matki i podjęciem samodzielnego życia, złudne poczucie niezależności, jak i bliskości)
Zachowanie agresywne (subiektywne poczucie siły, możliwości osiągnięcia niezależności, jakie umożliwia zażywanie heroiny)
Relacje seksualne (zażywanie heroiny potraktowane jako substytut doświadczeń seksualnych, na skutek nieumiejętności wchodzenia w głębokie relacje interpersonalne z osobami spoza rodziny)

Przedstawione wcześniej dylematy, mogące pojawić się w życiu narkomana, nie są przez niego przeżywane świadomie, tak jak rodzice, z reguły, świadomie nie nakłaniają go do zażywania narkotyków ani innych patologicznych zachowań. Zatem na podstawie prezentowanej tu teorii można powiedzieć, że matki utożsamiające pełne usamodzielnienie się dziecka z poczuciem jego utraty mogą podświadomie uwikłać je w problem uzależnienia narkotykowego.

1.3. Zgeneralizowany model interakcji społecznych Denis B. Kandel i współpracowników

Według Kandel zażywanie wysokoprocentowych alkoholi przez rodziców, w obecności dzieci, potęguje ryzyko ich zażywania przez potomstwo, co w konsekwencji może doprowadzić do rozwoju uzależnienia. Kandel uważa, że ryzyko zażywania narkotyków przez młodzież jest spotęgowane zażywaniem narkotyków przez ich rodziców, a także nieprawidłowymi postawami rodzicielskimi, w tym nadmierną kontrolą dziecka oraz brakiem spójnych wymogów dyscyplinarnych wobec niego. Badaczka przyjęła, że powstawanie uzależnienia nie jest faktem jednorazowym, lecz wynikiem pewnego procesu, na który składają się trzy etapy. Na każdym z nich wiodącymi są inne źródła wpływów interpersonalnych, co zostało przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela nr 4. Zależności pomiędzy wpływem społecznym a używaniem narkotyków

ETAPY	Rodzaj wpływu społecznego	Sposób odurzania się
Etap 1	Modelowanie zachowań przez rodziców	Używanie wysokoprocentowych alkoholi
Etap 2	Wpływy rówieśników	Używanie marihuany
Etap 3	Relacje z rodzicami	Używanie innych narkotyków

Kandela w swoich badaniach wskazała także inne czynniki, które mogą zwiększać ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zaliczyła do nich nieprawidłowe postawy rodzicielskie, takie jak nadmiernie dominująca, nadmiernie kontrolująca czy też odrzucająca. Prowadzone badania wskazywały na ważną implikację – jakość relacji między rodzicami, a dzieckiem ma szczególne znaczenie na trzecim etapie zażywania środka. Istotnym czynnikiem chroniącym stają się wtedy bliskie relacje z rodzicami. Brak spójnych wymagań dyscyplinarnych, nadmierna kontrola rodzicielska oraz zażywanie narkotyków przez rodziców potęguje natomiast ryzyko ich zażywania przez młodzież. Wpływ rodziny na dziecko ustępuje miejsca wpływowi rówieśniczemu jedynie na drugim etapie zażywania środka.

1.4. Teoria interakcji rodzinnych Judith S. Brook

Czynnikiem zwiększającym ryzyko ukształtowania się uzależnienia od substancji psychoaktywnych są słaba więź z rodzicami, niekorzystne indywidualne cechy psychiki jednostki oraz obserwacja niewłaściwych zachowań rodziców (Rogała-Obłękowska, 1999, s. 90-91).

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

Tablęla 5. Czynniki warunkujące prawidłowe relacje między rodzicami a dzieckiem wg J.S. Brook i współpracowników (1990)

Czynniki		
Akceptowanie przez rodziców społecznie uznawanych wartości		Wychowywanie oparte na miłości i wspieraniu emocjonalnym dziecka
Sprawowanie kontroli rodzicielskiej nad dzieckiem		Przystosowanie społeczne i dojrzałość emocjonalna matek
Determinanty przyjmowania narkotyków przez młodzież wg J.S. Brook		
Brak emocjonalnego związku z rodzicami →	Nieprawidłowa osobowość, wskazująca na nieprzystosowanie społeczne →	Zwiększenie podatności na wpływ rówieśniczych grup dewiacyjnych, np. narkomańskich ↓
Niekorzystna charakterystyka indywidualna jednostki: słaba integracja „ego” niska samoocena, tendencja do depresji, zachowań agresywnych i buntowniczych →		Zwiększone ryzyko przyjmowania narkotyków przez młodzież
Uczenie społeczne: modelowanie patologicznych zachowań dzieci przez obserwację niewłaściwych zachowań i postaw rodziców (np. przyjmowanie narkotyków przez rodziców, akceptacja takich zachowań) →		

Podsumowanie

Problematyka narkomanii jest zjawiskiem wielowymiarowym i trudno jest podać jedną przyczynę tego zjawiska. Niemniej w obecnych czasach mamy do czynienia z wieloma niekorzystnymi czynnikami społecznymi. Takimi jak rozwój przestępczości zorganizowanej (łatwy dostęp do narkotyków nieznanego pochodzenia i trudnej do ustalenia czystości chemicznej), kapitalizm (wyścig szczurów i jedyny cel jakim jest zysk), patologiczne wzorce płynące telewizji i Internetu. To wszystko sprawia, że rodzina jest „zawieszona” w bardzo niekorzystnym otoczeniu co może prowadzić do powstawania niekorzystnych zachowań, niezależnie od stopnia integracji osobowości.

Bibliografia

Brook J.S., Brook D.W., Gordon A.S., Whiteman M., Cohen P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*. 116:111-267.

- Burglass M.E., Shaffer H. (1984). Diagnosis in the addictions I: Conceptual problems. *Adv Alcohol Subbs. Abuse*, 3, s. 19-34.
- Gaś Z. (1994). Rodzina a uzależnienia, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej Lublin.
- Khantzian E.J., (1997). The self-medication hypotesis of substance use disorder: a reconsideration and recent application. *Harvard Review of Psychiatry*, (5), s. 231-244
- Pstrąg D. (2000). Wybrane zagadnienia z problematyki uzależnień, Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Robinson LN, Davis DH, Nurco DN,: How permanent was Vietnam drug addiction? *Am. J. Public Health*, 1974 Dec;64 Suppl(0):38-43.
- Robinson T.E., Berridge K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-motivational theory of addiction- *Brain Res. Rev.*
- Rogała-Obłękowska J. (1999) Przyczyny narkomanii. Wyjaśnienia teoretyczne. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rogała-Obłękowska J. (2002). Narkomania w rodzinie: wskazania do terapii. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Schiffer F.(1989). Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abuser: technics and dynamics. *J Subst Abuse Treat*, 5(3), s. 131-137.
- Sillamy N. (1994). Słownik psychologii, Warszawa: Wydawnictwo Książnica.
- Stefański R., Landenheim B., Lee S.H., Cadet J.L., Goldberg S.R. (1999). Neuroadaptations in dopaminergic system after self-administration but not after passive administration of methamphetamine. *Eur J Pharmacol*, Apr 29; 371(2-3), s. 123-135.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Mirin S.M. (1992). Drug abuse as self-medication for depression: An empiricall study. *American Jurnal of Drug & Alcohol Abuse*, 18(2), s. 121-129
- Young People and Drugs – Care and Treatment (2006). Warsaw: Council of Europe.
- Zimbardo Philip G. (1999). *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.