

Paweł Landwójtowicz¹
Instytut Nauk o Rodzinie
Wydział Teologiczny
Uniwersytet Opolski

Uzależnienia behawioralne w perspektywie terapii systemowej rodziny²

Tradycyjnie o uzależnieniu mówi się w kontekście substancji psychoaktywnych. Okazuje się jednak, że niektóre zachowania niezwiązane z intoksykacją substancjami chemicznymi również mogą rozwinąć się w zespół uzależnienia. Taka sytuacja dotyczy z reguły działań, które pozwalają na osiągnięcie natychmiastowej gratyfikacji³. Ten typ uzależnienia został zdefiniowany jako uzależnienia behawioralne. Problem ów staje się dziś coraz bardziej znaczącym zjawiskiem naszej rzeczywistości. Czynione są rozliczne starania, by właściwie zdiagnozować nasilające się zjawisko tego typu uzależnienia i wypracować jak najbardziej adekwatne narzędzia przychodzenia z pomocą osobom uzależnionym behawioralnie.

Jednym z kierunków pomocy psychoterapeutycznych jest terapia systemowa rodziny. Uznaje ona, że doniosłe znaczenie w powstawaniu, ale i leczeniu różnych trudności i zaburzeń zajmuje rodzina. Wynika to z tego, że rodzina jest jedną z podstawowych grup społecznych, stanowiących wspólnotę osób, które są zjednoczone poprzez system wzajemnych, ciągłych oraz dynamicznych relacji. Zachodząca między wszystkimi członkami rodziny wzajemność oddziaływania dotyczy potrzeb, pragnień, emocji, uczuć, a także komunikowania się ma istotne znaczenie dla funkcjonowania poszczególnych osób, jak i rodziny jako całości. Poprzez relacje wytwarza się sieć sprzężeń zwrotnych. Oznacza to, że zmiana dokonująca się w jednym z członków rodziny powoduje zmiany w całym systemie rodzinnym⁴. W tym kontekście istotne staje traktowanie rodziny jako całości, podkreślanie szczególnego znaczenia interakcji zachodzącymi między wszystkimi członkami rodziny oraz dostrzeganie zmian w sposobie funkcjonowania rodziny i małżeństwa w związku z pojawianiem się kolejnych faz w życiu rodziny⁵.

¹ ks. dr hab. Paweł Landwójtowicz, prof. UO (ur. 1971 r.)

kapłan diecezji opolskiej (święcenia 1996 r.), studia doktoranckie w Instytucie Teologii Pastoralnej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego - specjalizacja duszpasterstwo rodzin (1997-2001), ukończone obroną pracy doktorskiej *Duszpasterstwo rodzin wobec samotnych matek i ich postaw macierzyńskich. Studium pastoralne w świetle badań w „Domach Matki i Dziecka”*, napisaną pod kierunkiem ks. prof. dra hab. Józefa Wilka SDB; absolwent Podyplomowego Studium Rodziny KUL (1997-1999) oraz Studium Poradnictwa Psychologicznego i Psychoterapii dla Duchownych KUL (1999-2001); doradca rodzinny, mediator, systemowy terapeuta rodzinny (w procesie certyfikacji) w Diecezjalnej Poradni Rodzinnej w Opolu i dyrektor tej placówki (od 2001 r.); sekretarza Zarządu Diecezjalnej Fundacji Ochrony Życia (od 2001 r.); adiunkt w Katedrze Teologii Pastoralnej i Duszpasterstwa Rodzin Wydziału Teologicznego UO (2001-2010); adiunkt w katedrze Duszpasterstwa Profikaktyki i Dysfunkcji Rodziny w Instytucie Nauk o Rodzinie UO (od 2010 do 2012 r.); sekretarz Rady Instytut Nauk o Rodzinie (od 2011 r.); kierownik katedry Antropologii i Teologii Rodziny w Instytucie Nauk o Rodzinie UO (od września 2012 r. do września 2016); kierownik katedry Duszpasterstwa i Profilaktyki Dysfunkcji Rodziny w Instytucie Nauk o Rodzinie UO (od września 2016); kierownik studiów doktoranckich Nauk o Rodzinie UO (od września 2016); habilitacja w oparciu o dysertację *Duszpasterkie poradnictwo małżeńskie w Polsce. Studium pastoralne* (2011 r.).

adres do korespondencji: ul. Kominka 1a; 45-032 Opole; Polska;
e-mail:plandwojtowicz@uni.opole.pl

² Artykuł ukazał się: P. LANDWÓJTOWICZ, *Uzależnienia behawioralne w perspektywie terapii systemowej rodziny*, w: P. MORCINIEC (red.), *Zniewoleni działaniem. Uzależnienia behawioralne a rodzina*, Opole 2013, s. 203-218.

³ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 6.

⁴ M. STEPULAK, *Relacyjność systemu rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 54 (2007), z. 10, s. 107.

⁵ K. CIEŚLAK, *Geneza i rozwój podejścia interakcyjnego w badaniach małżeństwa i rodziny*, „Problemy Rodziny” 28 (1989), nr 5, s. 21.

Na ile jednak terapia systemowa rodziny może być zastosowana w terapii osób uzależnionych behawioralnie? Jeśli taka możliwość istnieje, to przy jakich założeniach może być realizowana? Dla znalezienia odpowiedzi na te pytania zostaną w pierwszej kolejności przedstawione założenia terapii systemowej, następnie przybliżona zostanie pokrótce psychologiczna charakterystyka uzależnień behawioralnych a na końcu omówiona zostanie propozycja przebiegu procesu terapii systemowej wobec osoby doświadczającej uzależnienia behawioralnego i jej rodziny.

1. Główne założenia terapii systemowej rodziny

W klasycznym podejściu systemowym rodzina rozumiana jest jako system o określonej strukturze, wzorach funkcjonowania, wzorach relacji, który, aby trwać, musi się zmieniać. Funkcjonalność rodziny ocenia się poprzez to, jak członkowie rodziny radzą sobie ze zmianami wynikającymi zarówno z cyklu życia rodzinnego, czyli jej naturalnych procesów rozwojowych, jak i z nieprzewidywalnych wydarzeń losowych. Rodzina zatem w tym ujęciu jest systemem psychospołecznym, składającym się z jednostek o uwarunkowaniach biologicznych, co sprawia, że opisując ją, należy uwzględniać wszystkie trzy poziomy: biologiczny, indywidualny i społeczny. Dla jej poznania istotne jest zrozumienie zarówno tego, jaka jest struktura i relacje wewnątrzrodzinne, jak i szeroki kontekst, w jakim rodzina funkcjonuje. Małżeństwo i rodzina traktowane są jako system otwarty, pozostający w relacjach z innymi systemami⁶.

System rodzinny złożony jest z pojedynczych członków rodziny pozostających w interakcji podczas wspólnego życia. Jest on jednak czymś więcej niż sumą osobowości swoich członków, jest odrębną całością. Zgodnie z teorią systemów najlepiej jest definiować członków systemu rodzinnego nie jako jednostki, ale jako „osoby–komunikujące się z–innymi–osobami”. Nie oznacza to automatycznie negacji wartości wewnątrzpsychicznych i właściwości jednostek stanowiących system rodzinny, ale z punktu widzenia myślenia systemowego wzorce relacji między nimi nabierają kluczowego znaczenia. Powoduje to inne spojrzenie na zależności pomiędzy przyczyną a jej skutkiem, podstawowe dla teorii i praktyki terapii rodzin⁷.

W podejściu systemowym do rodziny przyczynowość kolista zastępuje dotychczas stosowane myślenie przyczynowo–skutkowe. Dlatego wszystkie zachowania, jakie dzieją się między ludźmi, mogą być traktowane jako pętle sprzężenia zwrotnego. Zachowanie każdej z osób wchodzących w interakcje oddziałuje na zachowania partnera interakcji, a równocześnie jest modyfikowane przez reakcję tegoż partnera. Bezużyteczny wówczas staje się model linearny, w którym zachowanie traktowane jest jako skutek czegoś⁸.

Z powyższego założenia wynika jedna z podstawowych właściwości w myśleniu systemowym, którą jest zasada równowagi sił. Równowaga ta nigdy nie ma charakteru biernego i statycznego. Dwie siły w kierunku odrębności, a także w kierunku bycia razem, pozostają wobec siebie w ciągłym ruchu i wzajemnym oddziaływaniu. Rodzina zatem, jako system, rozwija się, a więc zmienia się przy równoczesnej tendencji do zachowania równowagi. To dążenie do homeostazy służy rodzinie do utrzymania jej własnej tożsamości⁹. Rodzinną homeostazę można opisać jako zamknięty system informacji, w którym różnice w zachowaniu służą jako informacja zwrotna, za pomocą której dokonuje się korekcja odpowiedzi sys-

⁶ B. JÓZEFIK, *Rozwój myślenia systemowego a terapia rodzin*, w: L. GÓRNIĄK, B. JÓZEFIK (red.), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*, Kraków 2003, s. 25.

⁷ I. NAMSŁOWSKA, *Terapia rodzin*, Warszawa 1997, s. 32.

⁸ L. DROŻDŻOWICZ, *Ogólna teoria systemów*, w: B. DE BARBARO (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1999, s. 14.

⁹ Por. K. OSTOJA–ZAWADZKA, *Cykl życia rodzinnego*, w: B. DE BARBARO (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, s. 18–30.

temu. Rodzina zachowuje się zgodnie ze strategią jej homeostazy. Zachowania te można opisać w sposób następujący: 1) członkowie systemu rodzinnego starają się zachować równowagę i stałość we wzajemnych relacjach; 2) biorą oni udział w zachowaniu równowagi zarówno wprost, jak i nie wprost; 3) homeostazę rodzinną można obserwować poprzez powtarzające się, dające się przewidzieć wzorce zachowań wszystkich członków rodziny; 4) kiedy równowadze rodzinnej zagraża destabilizacja, wszyscy członkowie rodziny zgodnie podejmują działania, aby ją utrzymać; 5) kiedy jeden z członków rodziny sygnalizuje chęć zmiany w relacji z innym, ten będzie zachowywał się tak, aby zmniejszyć lub zmodyfikować tę tendencję¹⁰.

Rodzina zatem znajduje się w ciągłym „ruchu” wzajemnych relacji po to, aby utrzymać równowagę wyznaczoną określonymi standardami. Wszyscy jej członkowie muszą zmieniać swoje zachowanie i przystosowywać je do treści informacji uzyskiwanych odnośnie do zachowania innych. Proces ten zachodzi nieustannie na wielu poziomach¹¹. Dlatego też w trakcie rozwoju rodzina musi się adaptować do wydarzeń, które są typowe dla procesów rozwojowych, takich jak np. narodziny lub odejście któregoś z członków rodziny. Radykalna zmiana oznacza modyfikację ogólnych zasad kierujących systemem oraz zasad określających współistnienie poszczególnych elementów. Np. w sytuacji, gdy dorosłe dzieci odchodzą i zakładają swoje rodziny, rodzice przystosowują się do pustki. Zmieniają się zasady dotyczące relacji między rodzicami a dziećmi, dorosłe dzieci zaś stają się bardziej partnerami rodziców. Warto zauważyć, że każda rodzina wypracowuje własny, niepowtarzalny styl życia, na który składa się wiele czynników oraz sposobów przejawiania emocji i uczuć¹².

Inną właściwością rodziny jako systemu jest istnienie jego granic¹³. Wszystko, co znajduje się poza nimi, jest otoczeniem systemu. W przypadku rodziny można wyodrębnić wiele różnych granic w zależności od przyjętego kryterium. Granicami mogą być prawidłowości regulujące przepływ informacji, rodzaj aktywności oraz dostęp do określonych osób czy przedmiotów w sposób, który włącza lub wyklucza członków określonego podsystemu. Granice wewnątrzrodzinne ulegają stałym zmianom. Wpływa na to wiele czynników, m.in. osiągnięcie przez dzieci wyższych stadiów rozwojowych¹⁴. Granice wewnętrzne pomiędzy podsystemami zapewniają, że różne funkcje i rodzaje aktywności w obrębie rodziny będą wykonywane przez tych jej członków, którzy są do tego najbardziej predysponowani. Granice również istnieją pomiędzy rodziną nuklearną traktowaną jako całość a jej otoczeniem społecznym. Szczególnie istotne są granice pomiędzy rodziną nuklearną a rodzinami pochodzenia, które, jeśli są we właściwy sposób zbudowane, umożliwiają wzajemne udzielanie sobie pomocy bez szkodliwej ingerencji w prawidłowy proces rozwoju rodziny nuklearnej oraz proces osiągnięcia przez nią własnej niezależności. I w końcu funkcjonują granice pomiędzy rodziną a jej szerszym otoczeniem społecznym, mające za cel zachowanie prywatności, poczucia przynależności rodzinnej, przy jednoczesnym zachowaniu integracji ze środowiskiem¹⁵. Te zewnętrzne granice powinny być elastyczne, tzn. że powinny umożliwiać członkom rodziny uczestniczenie w szerszych grupach społecznych, ale jednocześnie zapewniać pewną intymność rodziny. Jest ona konieczna dla wytworzenia i zachowania tożsamości różniącej rodzinę od innych rodzin, a także komunikacji wewnątrzrodzinnej, bez interwencji

¹⁰ I. NAMSŁOWSKA, *Terapia rodzin*, Warszawa 1997, s. 33–34.

¹¹ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 16.

¹² M. STEPULAK, *Relacyjność systemu rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 54 (2007), z. 10, s. 112.

¹³ M. RYŚ, *Znaczenie relacji w rodzinie. Wpływ oddziaływania prawidłowych i nieprawidłowych systemów rodzinnych*, w: A. OFFMAŃSKI (red.), *Małżeństwo i rodzina w panoramie współczesnych systemów*, Szczecin 2006, s. 72; por. B. GAŚ, R. POMIANOWSKI, B. WÓJCIK, *Systemowa terapia rodzinna w doświadczeniu zespołu lubelskiego*, „Roczniki Filozoficzne” 34 (1986), z. 4, s. 121.

¹⁴ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 14.

¹⁵ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 14–15.

osób do rodziny nie należących¹⁶. Większość badaczy opierających się na systemowej koncepcji rodziny uważa obecność trwałych i względnie elastycznych granic za konieczny warunek prawidłowego rozwoju jednostki oraz funkcjonowania małżeństwa i rodziny¹⁷.

Kolejną cechą wszystkich systemów, które również posiada rodzina, jest istnienie hierarchicznej organizacji. Oznacza to, iż rodzina składa się z mniejszych jednostek strukturalnych, czyli podsystemów. Podsystemem w rodzinie może być konkretny członek, diada czy triada itd. Istnieje przy tym wiele kryteriów, według których tworzone są podsystemy, np. wiek, płeć, funkcja pełniona w rodzinie. Wszystko to, co dokonuje się wewnątrz danego podsystemu, ma wpływ nie tylko na osoby do niego należące, lecz także oddziałuje na innych członków rodziny oraz na interakcje w innych podsystemach¹⁸. Niezależnie od wyżej wymienionych kryteriów w każdej rodzinie mogą powstawać specyficzne dla niej zespoły podsystemów różniących się czasem trwania i celami, dla których zostały powołane. Szczególnie istotne staje się wyróżnienie dwóch rodzajów takich podsystemów – przymierza i koalicji. Koalicja jest strukturą sztywną, skierowaną przeciw innemu członkowi rodziny. Powoduje zatarcie granic między pokoleniami, łącząc się z nadmiernie bliskimi związkami między dwoma osobami i wyłączeniem poza ten związek innej osoby. Jeżeli natomiast podsystemy mają charakter przymierza, granice są elastyczne, umożliwiają bliski kontakt między wszystkimi członkami rodziny, ale jednocześnie określają związki w ramach jednej generacji¹⁹. Wspólną cechą koalicji i przymierza jest istnienie szczególnie bliskich więzów pomiędzy osobami je tworzącymi, które tylko ze sobą chcą przebywać i współpracować, okazując sobie nawzajem nadzwyczajną lojalność i opiekuńczość. Ponadto członkowie przymierza czy koalicji zwykle prezentują podobne opinie i poglądy na sprawy rodzinne, a dzięki temu udzielają sobie poparcia w przypadku konfliktu z innymi osobami. Tworzenie się takich podsystemów, jak przymierza i koalicje, wiąże się z wyłączeniem innych członków rodziny²⁰. Zaistnienie koalicji prowadzi najczęściej do różnych zaburzeń w funkcjonowaniu całego systemu, gdyż narusza jego hierarchiczność, a tym samym prawidłowe realizacje stojących przed nim zadań i celów.

Jednym z głównych czynników regulacyjnych, wpływających na kształt granic i podsystemów, jest proces komunikowania się w rodzinie. Komunikowanie się oznacza coś więcej niż „mówienie do siebie”. Oprócz słów, wartość komunikacyjną posiadają też: gesty, postawy i ruchy całego ciała, wyraz twarzy, barwa głosu, momenty milczenia, sposób ubierania się itp. Każdy komunikat posiada swą warstwę treściową i relacyjną. Każdy komunikat wpływa zatem w pewnym stopniu na relację istniejącą pomiędzy jego nadawcą a odbiorcą. Im wyraźniejszy jest komunikat, tj. gdy zawartość danego stwierdzenia w pełni wyraża jego intencję, tym mniej pozostaje miejsca na nieporozumienia. Jednak gdy intencja zawarta w stwierdzeniu jest ukryta lub dwuznaczna, może to doprowadzić do poważnych nieporozumień interpersonalnych. Ostre postaci zaburzeń w komunikacji prowadzić mogą do rozwoju poczucia ambiwalencji i niepewności w rodzinie, a w dalszej konsekwencji mogą być przyczyną zaburzeń zachowania. Ich obecność jest dowodem istnienia poważnych zaburzeń w systemie rodzinnym, wymagającym pilnych interwencji terapeutycznych²¹. Stąd ważkość znaczenia komunikacji w systemie rodzinnym, która jeśli ma być funkcjonalną, musi być konkretna i oparta na doświadczeniu. Charakteryzuje ją wówczas: 1) wysoki stopień świadomości własnej osoby i innych ludzi; 2) operowanie konkretnymi, opartymi na doświadczeniu, faktami;

¹⁶ M. BRAUN-GAŁKOWSKA, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992, s. 18.

¹⁷ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 14–15.

¹⁸ M. STEPULAK, *Relacyjność systemu rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 54 (2007), z. 10, s. 112–113.

¹⁹ M. BRAUN-GAŁKOWSKA, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992, s. 17.

²⁰ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 15.

²¹ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 17–18.

3) wyrażanie informacji zwrotnych związanych z nieuświadomionym przez innych zachowaniem i własnymi reakcjami na nie; 4) gotowość do ujawniania tego, co się czuje, czego się pragnie i o czym się wie²².

Ważnym aspektem charakterystyki systemu rodzinnego jest również struktura ról, zarówno przypisywanych, jak i przyjętych na siebie przez poszczególnych członków rodziny, oraz związków zachodzących między nimi. Proces kształtowania się ról jest skomplikowany, obejmuje bowiem nie tylko interakcje zachodzące między członkami rodziny, lecz również ich osobiste doświadczenia oraz tradycje wyniesione z rodziny pochodzenia. Istotną cechą ról rodzinnych jest ich komplementarność²³. Jeśli określony członek rodziny podejmuje rolę „człowieka silnego”, to ktoś inny musi pełnić rolę „słabego”. Na dalszą metę można być w rodzinie tylko wówczas „dominującym”, jeśli ktoś jest „uległym” i odpowiednio: „dobrym” – „złym”, „opiekuńczym” – „wymagającym opieki”. Uwzględniając do tego ścisłą zależność pomiędzy pełnioną rolą a poczuciem tożsamości, to łatwo zrozumieć, dlaczego w procesie terapii członkowie rodziny często stawiają opór wysiłkom zmierzającym w kierunku zmiany patologicznej roli pełnionej przez daną osobą w systemie rodzinnym. Wówczas pozbawienie określonego członka jego dotychczasowej roli stanowi pośrednie zagrożenie dla poczucia tożsamości innych, którzy pełnią role komplementarne. W tym mechanizmie tkwi potencjalne źródło niepowodzeń wielu terapii rodzinnych²⁴.

Z perspektywy systemów rodzinnych widać, że pojedynczego człowieka można zrozumieć w kontekście związków i poprzez ocenę interakcji z całą rodziną. Często traktuje się objaw jako wyraz dysfunkcji w rodzinie, a te dysfunkcyjne wzorce są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Ujęcie terapii systemowej rodziny zakłada, że zdiagnozowany problem u klienta może być objawem tego, jak funkcjonuje system, a nie jest to tylko symptom złego dostosowania się danego człowieka, wynikający z historii jego życia i rozwoju psychospołecznego. Taka perspektywa teoretyczna jest oparta na założeniu, że zachowanie klienta, które stwarza problemy, może: 1) służyć jakiemuś celowi w rodzinie; 2) być funkcją niezdolności rodziny do produktywnego działania, zwłaszcza podczas przejścia z jednego na drugi etap rozwoju; 3) być symptomem wzorców dysfunkcyjnych, które są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Wszystkie wymienione założenia kwestionują bardziej tradycyjne, intrapsychiczne ramy, których używano do konceptualizacji problemów ludzkich i wyjaśniania ich genezy²⁵.

W ujęciu systemowym podstawowe cechy rodziny dysfunkcyjnej ujmuje się w kilku sferach działania: 1) rodzina dysfunkcyjna jest zamknięta, jej członkowie żyją w izolacji od świata zewnętrznego, bliskich kontaktów towarzyskich, przyjaźni, bądź też kontakty te są powierzchowne, konwencjonalne, dominują w nich pozory, brak prawdziwych uczuć, ma miejsce nieszczerłość oraz niezdolność do zwracania się o pomoc; 2) rodzina taka żyje w zakłamaniu, braku szczerości i mówienia prawdy o problemach nękających członków rodziny, fałszując i zniekształcając rzeczywistość; 3) w rodzinie tej brakuje wzajemności, czyli albo nikt nikomu nie pomaga, każdy jest skoncentrowany na sobie, a problemy innych członków są ignorowane, albo też oparte na nadopiekuńczości jednych wobec drugich; 4) rodzinę dysfunkcyjną cechuje sztywny podział ról, nieadekwatne widzenie świata i danych zachowań, które obowiązują nawet wtedy, gdy nie ma już potrzeby kierowania się wyuczonymi, obronnymi reakcjami²⁶.

²² J. BRADSHAW, *Zrozumieć rodzinę*, Warszawa 1994, s. 71.

²³ M. STEPULAK, *Relacyjność systemu rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 54 (2007), z. 10, s. 112.

²⁴ M. RADOCHOŃSKI, *Rodzina jako system psychospołeczny*, „Problemy Rodziny” 25 (1986), nr 4, s. 20.

²⁵ G. COREY, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Poznań 2005, s. 508.

²⁶ M. RYŚ, *Znaczenie relacji w rodzinie. Wpływ oddziaływania prawidłowych i nieprawidłowych systemów rodzinnych*, s. 79.

Terapia systemowa zakłada, że człowiek, będący elementem subsystemów, aktywnie oddziałuje na osoby, z którymi nawiązuje interakcje, i sam także podlega oddziaływaniom ze strony tych osób. Oddziaływanie to odbywa się za pośrednictwem zachowań komunikacyjnych i ma charakter cyrkularny. Tym samym terapia w ujęciu systemowym dotyczy obserwowalnych, aktualnie występujących, obecnych w danym momencie zachowań i ich skutków. Właśnie w nich i w kontekście, w jakim występują, poszukuje się źródeł patologii, nie zaś w konkretnej osobie²⁷.

2. Charakterystyka uzależnień behawioralnych

Zjawisko uzależnień behawioralnych jest bardzo złożone i wieloaspektowe. Można wyróżnić wiele jego typów, a co za tym idzie zróżnicowana jest jego etiologia, przebieg i następstwa indywidualne, rodzinne oraz społeczne. Zasadniczą cechą uzależnień behawioralnych jest brak możliwości oparcia się impulsom lub pożądaniu, popędowi lub pokusie wykonywania czynów, które są szkodliwe dla samych uzależnionych lub osób z ich otoczenia. Każde uzależnienie behawioralne charakteryzuje się powtarzalnością określonych zachowań, zaangażowanie w które ostatecznie zakłóca funkcjonowanie w innych dziedzinach²⁸.

Uzależnienia behawioralne i uzależnienia od substancji są fenomenologicznie podobne. Wiele osób z uzależnieniami behawioralnymi wskazuje na stan naglącej potrzeby lub pragnienia podjęcia określonego zachowania, podobnie jak osoby uzależnione od substancji mają przymus jej zażycia. Dodatkowo, zachowania te, gdy stają się faktem, zmniejszają lęk, powodują dobry nastrój, niemal euforię – podobną do tej obserwowanej po użyciu np. narkotyku. Okazują się, że szeroko pojmowane problemy emocjonalne mogą przyczynić się do używania substancji psychoaktywnych oraz rozwoju uzależnień behawioralnych. Wiele osób uzależnionych od hazardu, zakupów, kleptomanii czy kompulsywnych zachowań seksualnych wskazuje na swoiste wyczerpywanie się pozytywnych efektów wynikających z powtarzania tych zachowań, co skutkuje potrzebą zwiększenia ich intensywności dla osiągnięcia tego samego poziomu gratyfikacji. Jest to jasna analogia do rozwoju tolerancji u przyjmujących substancje psychoaktywne. W przeciwieństwie jednak do głodu substancji psychoaktywnej, niezaspokojona potrzeba określonego zachowania nie powoduje poważnych stanów psychologicznych ani zagrażających życiu powikłań somatycznych. Jak się okazuje, przebieg, objawy, wpływ czynników genetycznych, rozwój tolerancji, mechanizmy neurobiologiczne, współchorobowość, odpowiedź na leczenie są w obydwu typach uzależnień bardzo podobne. Podstawą uzależnienia behawioralnego jest niemożność oparcia się potrzebie działania, które przynosi negatywne konsekwencje osobie uzależnionej oraz jej otoczeniu. Charakterystyczne jest również widoczne pogorszenie funkcjonowania osób uzależnionych behawioralnie w innych aspektach życia²⁹.

Podłożem patofizjologicznym uzależnień behawioralnych są zaburzenia w funkcjonowaniu układu nagrody. Powtarzanie nagradzających zachowań z czasem staje się coraz mniej skuteczne, wobec czego niezbędne staje się zwiększanie ich intensywności. Jest to jedna z przyczyn narastającej szkodliwości oraz coraz bardziej ryzykownych działań; kwoty przegrywane na zakładach czy wydawane w trakcie robienia zakupów stają się coraz większe, partnerzy seksualni coraz bardziej przypadkowi a kontakty ryzykowne, czas i energia prze-

²⁷ L. GRZESIUK, U. JAKUBOWSKA, *Kształtowanie się i istota podejścia systemowego*, w: L. GRZESIUK (red.), *Psychoterapia – teoria. Podręcznik akademicki*, t. I, Warszawa 2005, s. 190–191.

²⁸ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 7.

²⁹ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 8.

znaczone na pracę rosną. Podobnie jak u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, niejednokrotnie podłożem uzależnień behawioralnych są trudności osobiste i finansowe³⁰.

Można mówić o ogólnej skłonności, genetycznej bądź nabytej w środowisku rodzinnym czy społecznym, do rozładowywania trudnych emocji za pomocą zachowań kompulsywnych. W latach 2011-2012 zostało przeprowadzone przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) badanie, którego celem była ocena rozpowszechnienia w społeczeństwie polskim uzależnień behawioralnych od hazardu, internetu, zakupów i pracy³¹. Wykazano w nich, że rodzaj uzależnienia behawioralnego może być także ściśle powiązany z płcią, wiekiem, sytuacją rodzinną, miejscem zamieszkania czy poziomem dochodów³².

W ramach tego projektu badawczego wykazano, iż w naszym kraju żyje ponad 50 tys. osób uzależnionych od gier hazardowych, a 200 tys. jest zagrożonych uzależnieniem. Ryzyko rozwoju hazardu patologicznego jest najwyższe w grupie graczy przed 34 rokiem życia. Z uzyskanych danych wynika również, że niemal co czwarty Polak, który ukończył piętnasty rok życia, w ciągu 12 miesięcy przed badaniem grał o pieniądze. Najpopularniejszą formą uzależnienia od gier hazardowych są automaty o niskich wygranych oraz zakłady w kasynach³³.

Z Internetu korzysta według szacunków CBOS około 60% Polaków. Okazuje się, że osoby od niego uzależnione stanowią 0,3% z nich. Za zagrożonych uzależnieniem od Internetu uważa się 2,5% użytkowników, przy czym u nastolatków jest to już co dziesiąta osoba. Dotyczy to przede wszystkim ludzi młodych, w życiu których komputer i Internet są obecne od zawsze, będąc naturalnym źródłem wiedzy, informacji, rozrywki czy medium relacji z innymi osobami. Większość z nich to dzieci i młodzież przed 25 rokiem życia³⁴.

Odsetek osób uzależnionych od zakupów CBOS oszacowało na około 3,5% obywateli, co daje ogromną liczbę - niemal miliona kompulsywnie kupujących. Problem ten dotyczy szacunkowo 5,0% kobiet i 1,9% mężczyzn. Najliczniejszą grupę wśród uzależnionych od zakupów stanowią młode kobiety, przed 34 rokiem życia³⁵.

Jak się okazuje, najbardziej rozpowszechnionym spośród przebadanych uzależnień behawioralnych jest uzależnienie od pracy, którego objawy stwierdzono u co dziesiątego Polaka w wieku produkcyjnym. Najczęściej oddanie się pracy przyjmuje szkodliwy wymiar u osób, które kierują własną firmą bądź zajmują inne kierownicze stanowiska. Tu również dominują kobiety³⁶.

Osoby rozwijające uzależnienia behawioralne mają wyższy poziom impulsywności i skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań; częściej również występują u nich dys-

³⁰ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 9.

³¹ Zob. B. BADORA, M. GWIAZDA, M. HERRMANN, J. KALKA, J. MOSKALEWICZ, *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (CEBOS)*, Warszawa 2012.

³² P. ILSKA, *Socjodemograficzny portret osób uzależnionych od czynności w Polsce*, http://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=223:socjodemograficzny-portret-osob-uzalezniionych-od-czynnosci-w-polsce&catid=34&Itemid=207, (16.01.2014).

³³ B. BADORA, M. GWIAZDA, M. HERRMANN, J. KALKA, J. MOSKALEWICZ, *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (CEBOS)*, Warszawa 2012, s. 20.

³⁴ B. BADORA, M. GWIAZDA, M. HERRMANN, J. KALKA, J. MOSKALEWICZ, *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (CEBOS)*, Warszawa 2012, s. 21.

³⁵ J. MOSKALEWICZ, *Uzależnienia behawioralne – nowe wyzwanie*, „Serwis informacyjny – Narkomania” 59 (2012), nr 3, s. 3.

³⁶ B. BADORA, M. GWIAZDA, M. HERRMANN, J. KALKA, J. MOSKALEWICZ, *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (CEBOS)*, Warszawa 2012, s. 24.

socjalne zaburzenia osobowości. Uzależnienia te pojawiają się istotnie częściej u pacjentów z depresją, zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym, zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym oraz zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Zaobserwowano także znaczną współwystępowalność zaburzeń związanych z patologicznym hazardem oraz uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Najczęściej współistniejącym ze wskazanym powyżej uzależnieniem jest uzależnienie od alkoholu. Kanadyjskie opracowanie wskazuje, iż występowanie hazardu patologicznego niemal czterokrotnie zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu. Z kolei uzależnienie od jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej zwiększa ryzyko rozwoju hazardu patologicznego prawie trzykrotnie. Uzależnienie od Internetu podwaja natomiast ryzyko szkodliwego picia alkoholu. Częste współistnienie uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych pozostaje istotnym argumentem popierającym hipotezę częściowo wspólnej patogenezy tych zaburzeń³⁷.

Dotychczasowe sposoby leczenia uzależnień behawioralnych są podobne do metod terapii stosowanych u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wykazano bowiem, iż dobre wyniki uzyskuje się w psychoterapii metodą pozytywnego wzmocnienia, terapii poznawczo-behawioralnej, a także stosując program dwunastu kroków. Główny nacisk w tego typu oddziaływaniach terapeutycznych położony jest na zapobieganie nawrotom poprzez identyfikację sytuacji sprzyjających zachowaniom będącym przedmiotem uzależnienia behawioralnego. Pacjentów motywuje się do zmiany trybu życia celem unikania ryzykownych sytuacji, które mogą prowadzić do działań impulsywnych i nawrotu objawów. Brak jest jak do tej pory metod farmakologicznych, których skuteczność byłaby udowodniona i zalecana w leczeniu tego typu uzależnień. Badania nad stosowaniem naltreksonu – leku będącego antagonistą receptorów opioidowych, stosowanego w leczeniu uzależnienia od alkoholu lub opioidów – przyniosły obiecujące wyniki u pacjentów uzależnionych od hazardu, zakupów i Internetu. Również topiramate, stosowany w leczeniu padaczki, okazał się skuteczny w leczeniu uzależnienia od hazardu i zakupów. Ciekawą alternatywą dla tradycyjnie stosowanych u pacjentów uzależnionych metod leczenia jest propozycja stosowania leków wpływających na przekąźnictwo glutaminergiczne³⁸.

3. Uwarunkowania przebiegu procesu terapii systemowej osoby uzależnionej behawioralnie i jej rodziny

W podejściu systemowym zaczęto w nowy sposób ujmować patologię. Żadna pojedyncza osoba nie jest nośnikiem zaburzenia. Patologia nie jest przypisywana procesom intrapsychnicznym poszczególnych osób, lecz systemowi – relacjom, w jakie wchodzi członkowie rodziny, regułom funkcjonowania systemu, jego strukturze. Zjawiska intrapsychniczne w takim ujęciu są raczej „produktem” wzajemnych relacji. Dlatego członek rodziny z objawami nie jest traktowany jako ofiara ustosunkowań pozostałych członków. Jest on włączony w patologiczną sekwencję zdarzeń, podobnie jak inni jego uczestnicy. Jego objawy mogą pełnić wówczas funkcję utrzymywania równowagi w rodzinie lub być sygnałem skłaniającym ją w kierunku zmiany. Konsekwencją przyjęcia założenia o przyczynowości cyrkularnej jest bardzo równorzędne traktowanie wszystkich członków rodziny. Zatem w podejściu systemowym postuluje się pracę terapeutyczną z całym zaburzonym systemem. A istota oddziaływań terapeutycznych polega na interweniowaniu w cały system w celu zmiany wzorca interakcji między członkami rodziny poprzez modyfikowanie reguł kontaktowania się, przerywania patolo-

³⁷ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 9.

³⁸ A. JASIŃSKA, A. KLIMKIEWICZ, K. SĘKOWSKI, M. WOJNAR, *Uzależnienia behawioralne w praktyce lekarskiej*, Warszawa 2013, s. 15-16.

gicznej sekwencji zdarzeń z prowokowaniem alternatywnego zakończenia, dostarczaniu informacji, na które dotychczas system był zamknięty³⁹.

Perspektywa terapii systemowej wymaga zatem pewnego przesunięcia koncepcyjnego, ponieważ rodzinę widzi się w niej jako funkcjonującą jedność, która jest czymś więcej niż tylko sumą ról jej poszczególnych członków. Rodzina daje przede wszystkim kontekst, dzięki któremu rozumiemy, jak funkcjonują poszczególne osoby w relacjach z innymi i jak się zachowują. Bowiem działanie, które podejmuje jedna osoba, będzie miało wpływ na pozostałych członków systemu, a ich reakcja odbije się na poszczególnych osobach⁴⁰. Wówczas dopiero można zaobserwować i zrozumieć, jak człowiek zachowuje się w ramach swojego systemu i jak służy jego potrzebom, czyli jak system wpływa na człowieka i jak na niego wpływa konkretny człowiek. Z perspektywy systemowej można dostrzec, jak pojedynczy człowiek będzie niósł symptom w imieniu całej rodziny i poświęcał się za nią. Wówczas poziom funkcjonowania człowieka staje się manifestacją tego, jak funkcjonuje rodzina⁴¹. Warto przy tym zaznaczyć, że terapia systemowa nie wyklucza pracy nad dynamiką pojedynczego człowieka, ale to podejście pozwala poszerzyć perspektywę tradycyjnej psychoterapii i ją niejako dopełnić.

Idąc powyższym tropem warto zauważyć, że pracę z osobą będącą pod wpływem uzależnienia behawioralnego warto i należy prowadzić wielowątkowo. Po pierwsze – powinna to być praca indywidualna, która pozwala rozpoznać osobie uzależnionej mechanizmy uzależnień jakim podlega. Po drugie – powinna to być praca grupowa, która pozwoli wzmocnić pozytywny obraz osoby przechodzącej proces terapeutyczny. Po trzecie – powinna to być praca terapeutyczna z całą rodziną jako systemem, który przechodząc określone sytuacje kryzysowe, by zachować homeostazę delegował patologiczne zachowania na jednego ze swych członków.

Uzależnienie behawioralne warto zatem diagnozować jako symptom, z którym zgłaszają się osoby z prośbą o pomoc. Proces doradzania w sytuacji uzależnienia behawioralnego jest bardzo trudny z wielu powodów, zarówno praktycznych, jak i etycznych. Jednym z istotnych problemów jest również trudność zachowania neutralności doradców. Spotkania rodzinne mogą stać się wobec doradcy miejscem dalszej walki o rację i przerzucaniem się poczuciem winy. Z drugiej strony w sytuacji wysokiej motywacji do zmiany praca z systemem doświadczającym uzależnienia behawioralnego może przynieść dobre efekty terapeutyczne i to dla wszystkich jej członków. Wymaga to odpowiedniego przygotowania doradców, ich dużego doświadczenia oraz wyczulenia na sprawy związane z odpowiedzialnością. Można wyróżnić pięć etapów pracy z systemem doświadczającym jednego z typów uzależnienia behawioralnego:

I etap – nawiązanie kontaktu

Celem tego etapu jest: a) wzajemne poznanie się systemu i doradców; b) wytworzenie wewnętrznej motywacji u członków systemu; c) wprowadzenie wątpliwości odnośnie silnego przeświadczenia członków rodziny, że zmiana destruktywnej sytuacji jest niemożliwa. Podstawową metodą na tym etapie jest prowadzenie rozmów w taki sposób, aby system uznał, że doradcy chcą wszystkich poznać, wysłuchać, zrozumieć i pomóc. Zasadniczą trudność stanowić może wytworzenie „wewnętrznej motywacji” u członków systemu do zmiany. Jeżeli za główny objaw czy dysfunkcję systemu potraktujemy uzależnienie, to nie zawsze motywacja do zaprzestania jej stosowania będzie jednoznaczna. Do tego etapu należy też diagnoza gotowości do zmiany w zakresie ustalenia stopnia zgody każdego z członków rodziny na to, aby zachowania uzależnieniowe trwały nadal. Dlatego należy w rodzinie ustalić, kto

³⁹ B. TRYJARSKA, *Systemowa – komunikacyjna terapia rodzin*, w: L. GRZESIUK (red.), *Psychoterapia – praktyka. Podręcznik akademicki*, t. II, Warszawa 2006, s. 109.

⁴⁰ G. COREY, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Poznań 2005, s. 509.

⁴¹ G. COREY, *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*, Poznań 2005, s. 510.

jest najbardziej zdeterminowany i stanowi najsilniejszą opozycję wobec uzależnienia behawioralnego, pełniąc rolę „strażnika” zgłaszającego przypadki stosowania nadużyć uzależnień. Trzeba się liczyć tutaj z przekłamaniami i dążeniem do utrzymania *status quo* ze strachu przed osobą uzależnioną, a równocześnie przed rozpadem rodziny.

II etap – opisanie problemu

Celem tego etapu jest stworzenie wiarygodnego, dokładnego, szczegółowego opisu zajęć związanych z uzależnieniem behawioralnym zarówno przeszłych, jak i aktualnych, gdyż: a) samo podzielenie się doznaniem związanym z uzależnieniem zazwyczaj przynosi ulgę; b) stanowi akt zarejestrowania uzależnienia, a drobiazgowość opisu nadaje rangę temu, co jest opisywane; c) poprzez szczegółowy opis dociera się do różnych informacji, które mogłyby nigdy nie zostać przekazane, a są ważne; d) osoby poszkodowane, np. dzieci, mogą mieć uczucie, że ktoś spoza rodziny wie, co się w niej dzieje, jaka krzywda je spotykała. Osoba uzależniona wie, że to, co robiła, zostało ujawnione i należycie oświetlone, oraz że otwarta rozmowa na ten temat będzie kontynuowana; e) w ten sposób zostaje przełamane tabu, że uzależnienie jest problemem wstydlivym i trzeba o niej milczeć; f) zostaje opisany impas rodziny, bezradność jej członków, wieloletnie tolerowanie zachowań uzależnieniowych oraz niekiedy ogromnie złożone lub nieodwracalne następstwa. To, co jest istotne na tym etapie, to prowadzenie rozmów w taki sposób, aby można było w nich poruszać trudne dla rodziny sprawy. Doradca musi być prawdziwie gotów usłyszeć różne drastyczne historie, a członkowie rodziny powinni tę gotowość odczuwać. Specyfika rozmowy terapeutycznej polega na tym, że terapeuci posługują się jasnym językiem do opisu zachowań uzależnieniowych, unikając z jednej strony nadmiernej dosadności, z drugiej zaś eufemizmów. Powinno dojść do wysłuchania relacji członków rodziny w obecności osoby, która stosuje różne zachowania związane z uzależnieniem. Należy dążyć do jasnego określenia, na czym to konkretnie polega, jakie są jej formy, nasilenie i częstotliwość. Powinno powstać opisy konkretnych zachowań, bez unikania przedstawiania drastycznych faktów. Działa tu czasem nieświadomy mechanizm obronny: to, o czym się nie mówi, nie miało miejsca, można to wyrzucić z pamięci. Jest to również często dążenie do poprawienia obrazu rodziny przez podtrzymywanie tajemnic rodzinnych. Doradcy przyjmują inną strategię. Aby coś się skończyło, trzeba do tego wrócić, omówić to, przeżyć raz jeszcze, zrozumieć to w inny, niż dotychczas, sposób, ale zgodny z jawną rzeczywistością i dopiero wtedy zamknąć. Tajemnice rodzinne nie sprzyjają odrzuceniu zachowań uzależnieniowych, lecz raczej je chronią. Stąd konieczność prowadzenia szeregu rozmów opisujących konkretne sytuacje w rodzinie, nawet wówczas, gdy budzi to silny opór członków rodziny.

III etap – uzgadnianie warunków

Celem tego etapu jest przyjęcie przez rodzinę, a w szczególności przez osobę uzależnioną: a) oceny uzależnienia behawioralnego jako zachowań szkodliwych i niedopuszczalnych; b) założenia, że zachowania związane ze stosowaniem uzależnienia nie polegają na utracie kontroli, lecz przeciwnie (paradoksalnie) – są formą sprawowania skutecznej kontroli; c) warunku koniecznego, że dalsza praca jest możliwa jedynie wówczas, gdy uzależnienie w rodzinie ustanie. W istocie dopiero po przyjęciu przez uczestników terapii powyższych założeń możliwe jest kontynuowanie terapii w kierunku głębszych zmian zarówno w systemie, jak też w świadomości poszczególnych podsystemów (współmałżonków, dzieci, innych członków rodziny).

IV etap – kontynuowanie terapii na głębszym poziomie

Celem tego etapu jest pogłębienie omawianych problemów poprzez: a) analizowanie przeszłości rodziny, wzorców generacyjnych, osobistych doświadczeń rodziców, ich relacji małżeńskiej. Niejednokrotnie ich własna historia, historia dorosłego życia, była „rozbita” różnymi problemami emocjonalnymi z którymi sobie nie radzili; b) powrót do weryfikacji „zgodny” członków rodziny na stosowanie przejawów uzależnienia, podtrzymywania przez rodzinę

przekazu o „bezsilności” wobec uzależnienia; c) omówienie korzyści, jakie przynosi osobie uzależnionej rola ofiary; d) ukazywanie mechanizmu, w jaki sposób rodzice wikłają swoje dzieci w to, aby stanowiły ich „drużynę” we wzajemnej walce, której wcale nie chcą zakończyć; e) podtrzymywanie zmiany w zachowaniu osoby stosującej formy uzależnienia. Osoba, która do tej pory kojarzyła się raczej ze słabością, bezradnością i zależnością od swego uzależnienia, zaczyna mówić o sobie, odsłaniając tym samym „ludzkie oblicze”. Może to spowodować, że zostanie inaczej odebrana i potraktowana przez innych. Ma szansę się dowiedzieć, że pomimo doznanych krzywd, osoby bliskie są gotowe jej przebaczyć i kochać ją. Jest to silnie korektywne doświadczenie dla osoby uzależnionej. Celem jest wytworzenie nawyku do prowadzenia szczególnego rodzaju rozmowy, w której: a) opinie wszystkich są szanowane; b) osoba, która mówi, jest słuchana i inni starają się ją rozumieć; c) wypowiedane są zdania, których dotąd wypowiedzieć nie było wolno; d) dzieci zostają dopuszczone do głosu, wysłuchane i nic im nie grozi, jeśli powiedzą to, co myślą, uczą się wyrażać wprost swoje odczucia, a nie poprzez chorobowe symptomy; e) dzieci przestają być jedynie obiektami do odreagowania napięć; f) prezentowane są różnice zdań pomiędzy osobami, ale nie przeradzają się one w agresywny konflikt, bezradność czy zależność.

V etap – towarzyszenie w poszukiwaniu nowych rozwiązań

Celem tego etapu jest praca nad znalezieniem i utrwaleniem nowych wzorów relacji. Materiałem do pracy w tej fazie jest znowu omawianie bieżącej sytuacji. Trudna zmiana, którą podejmują członkowie systemu, powinna być odpowiednio wspierana i gratyfikowana. Nieuroporanie się z nią grozi ryzykiem powrotu do poczucia impasu, bezsilności i frustracji, które znowu może szukać ujścia w zachowaniach uzależnieniowych. Wówczas może zaistnieć sytuacja, że nie dojdzie do wytworzenia nowych wzorów relacji, a to z biegiem czasu spowoduje rozpad rodziny. Poszczególne jej podsystemy będą wtedy potrzebowały innej pomocy terapeutycznej. Niekiedy w trakcie spotkań jeden z jej członków zgłasza się na własne leczenie, np. odwykowe. Uwzględnienie tego jest bardzo istotne w pracy z całym systemem.

Spojrzenie na uzależnienie behawioralne w ujęciu systemowym pozwala dostrzec, że osoba doświadczająca jakiegokolwiek formy uzależnienia zostaje przez system wydelegowana do przejęcia roli swoistego „psychologicznego kosza na śmieci”, do którego „wrzucane” są wszelkie podłości i wady, które zostały wyparte i odizolowane przez innych członków systemu od własnych osobowości, a następnie właśnie za to są potem karane, jako nosiciele tych odrzuconych cech. Najpełniejszy obraz sytuacji można uzyskać dzięki spojrzeniu z perspektywy wielopokoleniowej. W wypadku takich systemów rodzinnych empatia i neutralność terapeutów obejmująca również wcześniejsze pokolenia, ma duże znaczenie lecznicze.

Zatem proces terapeutyczny osób doświadczających uzależnienia behawioralnego warto by był prowadzony z całą rodziną. Daje to szansę na szybsze i bardziej dogłębne wprowadzenie prawidłowych sposobów funkcjonowania osoby uzależnionej i jej rodziny.