

mgr Maria Chmielewska
*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego,
Instytut Psychologii*

Uzależnienie interpersonalne a jakość związku małżeńskiego¹

Jakość związku małżeńskiego zależy od wielu czynników. Są nimi m.in. subiektywne poczucie zadowolenia małżonków, typ osobowości partnerów oraz ich aktywność własna (por. np.: Spanier, Lewis, 1979; Braun-Gakowska, 1985, 1992, 2008; Plopa, 2008), a także dojrzałość do zawarcia małżeństwa, motywy wyboru małżonka, zgodność postaw wobec naczelnych wartości oraz cechy charakteru, komunikacja wewnątrz małżeńska i porozumienie seksualne (por. np.: Ziemska, 1975; Rostowski, 1987; Janicka, Niebrzydowski, 1994; Ryś, 1994, 1999, 2008b; Wojciszke, 2005; Plopa, 2008). Maria Trawińska (1997) podkreśla rangę zgodności założonego modelu małżeństwa, motywacji do działania na rzecz małżeństwa oraz równowagi między elementami ciągłości (tradycja rodzinna), a elementami zmienności (rozwój własny). Wielu badaczy wskazuje na ważną zależność między warunkami ekonomicznymi i socjalno-bytowymi a jakością związku (por. np.: Trawińska, 1977; Braun-Gakowska, 1992, 2008; Ryś, 1999, 2008b; Wojciszke, 2005). Dobre warunki materialne dodatkowo korelują więc z jakością związku (por. np.: Amato, Johnson, Booth, Rogers, 2003; za: Jankowiak, 2007, s. 16; Plopa, 2008).

Istnieją jednak badania, które wskazują, iż poziom satysfakcji z małżeństwa pozostaje w niewielkim stopniu uzależniony od radzenia sobie z zadaniami zewnętrznymi m.in. takimi, jak bezpieczeństwo finansowe rodziny. Decydujące znaczenie ma natomiast utrzymanie wewnętrznej spójności pary oraz wymiana pozytywnych działań i uczuć (por. np.: Brichler i in., 1975; Gottman, 1979; Levinger, 1964; za: Wojciszke, 2005, s. 149). Badano również jakość małżeństwa w świetle teorii przywiązania (por. np.: Bowlby, 1969; za: Holmes, 2007, s. 129; Hazan, Shaver, 1987; za: Holmes, 2007, s. 129; Shaver i in., 1988; za: Wojciszke, 2005, s. 87; Mikulincer, Nachson, 1991; Feeney, Noller, 1990; za: Wojciszke, 2005, s. 90; Halpern, 2007). Analizowano satysfakcję małżeńską w okresie późnej dorosłości (Lee, 1988) oraz zależność między jakością związku a satysfakcją z pracy (Rogers, May, 2003). Ponadto przedmałżeńska kohabitacja ujemnie koreluje z jakością związku (por. np.: Laskowski, 1987; Larson, Holman, 1994; Balakrishnan, Rao, Lapierre-Adamcyk, Krotki, 1987; Bennett, Blac, Bloom, 1988; De Maris, Leslie, 1984; Janus, Janus, 1993; Trussell, Rao, 1989; Thomson, Collela, 1992; Kamp Dush, Cohan, Amato, 2003; za: Jankowiak, 2007, s. 17). Inne badania dowodzą znaczenie wyłącznie seryjnej kohabitacji w odniesieniu do jakości małżeństwa (DeMaris, MacDonald, 1993; za: tamże, s. 19). Inicjacja seksualna przed ślubem może mieć zarówno negatywny jak i pozytywny wpływ na późniejsze małżeństwo (Cate, Long, Angera, Draper, 1993; za: tamże, s. 20). Dla wysokiej jakości związku istotna jest

¹ Niniejsze opracowanie jest skrótem pracy magisterskiej napisanej w Instytucie Psychologii UKSW pod kierunkiem prof. UKSW dr hab. Marii Ryś.

również znajomość międzypłciowych różnic psychicznych (por. np.: Sujak, 1988; Zienkiewicz, 1988; Ryś, 1999; Zarembowie, 2007; Pulikowski, 2008) Maria Ryś (1994, 1996, 1999) dowodzi, iż integrujące rozwiązywanie konfliktów pogłębia bliskość małżonków. Renata Doniec (2001) akcentuje realizację potrzeby afiliacji w związku. Mieczysław Plopa (2008) zwraca uwagę, iż w związkach udanych występuje wyższy poziom poczucia koherencji u małżonków. Wszyscy autorzy akcentują doniosłą rolę miłości i zaangażowania emocjonalnego w odniesieniu do jakości małżeństwa.

Zjawisko uzależnienia interpersonalnego wywodzi się z pojęcia współuzależnienia, które w głównej mierze związane jest z alkoholizmem, ale także z innymi rodzajami psychofizycznej zależności od substancji lub procesu. Problem alkoholizmu jest szczególnie dotkliwy w Polsce. Według rocznika statystycznego zarejestrowanych jest 125896 osób w poradniach odwykowych. Jednak znaczna część osób nadużywających alkoholu nie jest nigdzie zarejestrowana. Szacuje się, że w naszym kraju od czterech do pięciu milionów ludzi żyje w rodzinach z problemem alkoholowym, a dorosłych dzieci alkoholików jest więcej niż dwa miliony (Ryś, Wódz, 2003, s. 118).

Do roku 1988, gdy w Instytucie Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP rozpoczęto badania polskich żon alkoholików, istniało niewiele obiektywnych danych na temat ich specyficznej sytuacji psychologicznej, problemów osobistych i społecznych, w tym także małżeńskich i rodzinnych, które je dotyczą, a także strategii, jakie przyjmują radząc sobie z tymi problemami (Szczepańska, 1996, s. 5). Jak podkreśla Jerzy Mellibruda (1999, s. 116), potrzebne są systematyczne badania nad problemami psychologicznymi współuzależnionych osób, a także nad procesami rozwiązywania tych problemów oraz metodami i formami terapii, które mogą być w tym pomocne.

Przegląd dotychczasowych badań nad uzależnieniem interpersonalnym wskazuje na zróżnicowanie konotacyjne zjawiska. Autorzy zwracają uwagę na trzy zasadnicze jego warianty: destrukcyjną adaptację do warunków życia z osobą uzależnioną, a więc do chronicznego stresu (Szczepańska, 1996; Sobolewska, Mellibruda, 1997; Mellibruda, 1999; Kisiel, 2001; Sobolewska, 2001; Sztander, 2006); psychofizyczną chorobę, która oznacza zależność funkcjonowania jednostki od bliskiej osoby, która sama podlega substancji lub procesowi (Cermak, 1986; za: Cierpiałkowska, 1998, s. 75; Norwood, 1993; Cermak, Rutzky, 1998; Al-Anon Grupy Rodzinne, 1994; Woititz, 1994; Zaworska-Nikoniuk, 2000; Wobiz, 2001; Halpern, 2009); zespół cech osobowości lub rodzaj zaburzenia osobowości, w którym kluczową rolę odgrywa geneza zjawiska, czyli dysfunkcyjne środowisko rodziny pochodzenia (Whitfield, 1984, 1989; za: Krawczinska, 2007, s. 6-7; Forward, 1992; Bradshaw, 1994; Loughhead, Spurlock, Yuan-yu ting, 1998, za: Margasiński, 2010, s. 117; Millon, 2005; Mellody, 2008; Ryś, 2008b). Niezależnie od prezentowanego podejścia wielu autorów akcentuje znaczenie szkodliwego wpływu rodziny pochodzenia (Bradshaw, 1994; Sobolewska, Mellibruda, 1997; Ryś, 2008b; Margasiński, 2010). Zarówno Jerzy Mellibruda (1999), jak i Howard Halpern (2009) zwracają uwagę na specyfikę czynnika uzależniającego, jakim jest druga osoba. John Bradshaw (1994) genezę zjawiska upatruje w zinternalizowanym wstydzie, a Howard Halpern (2009) w głodzie przywiązania. Maria Ryś (2008b) akcentuje nieprawidłowość relacji międzyludzkiej, w której kryterium poczucia własnej wartości osoby staje się drugi człowiek. Marta Miklasiewicz (2007) zwraca uwagę na związek samoświadomości z nadzieją podstawową i stylami radzenia sobie ze stresem u

współuzależnionych kobiet. Wielu badaczy kładzie nacisk na liczne, negatywne uczucia i stany emocjonalne, jakie towarzyszą osobom współuzależnionym (Cierpiatkowska, 1998; Majchrzyk-Mikuła, 2006; Woronowicz, 2009).

Szersze rozumienie uzależnienia interpersonalnego ewoluuje wraz z rozwojem nowych uzależnień, obejmując związki z partnerami uzależnionymi od m.in. seksu, narkotyków, hazardu, jedzenia, Internetu, zakupów (Beattie, 1994; Hemflet, Minirith, Meier, 2004) i może dotyczyć relacji zawodowej (Mellibruda, 1999; Krwczinska, 2007). Badacze podkreślają, że niejednokrotnie pozostanie w związku zależnym od drugiej osoby oznacza doświadczanie przemocy (Walker, 1979, za: Rothenberg, 2003, s. 777; Rothenberg, 2003; Ben-Ari, Winstok, Eisikovits, 2003; Mellibruda, 1999; Skłodowski, 2003; Ryś, 2008a). Bogatą i wartościową ilustrację zjawiska uzależnienia od drugiej osoby, obok literatury naukowej zawiera również literatura popularno-naukowa oraz beletrystyka (Hłasko, 2001; Grochola, 2003, 2008; Wesołowska, Wasilewska-Śpioch 2004; Ścibor-Marchocka, 2007; Miller, Cichocka, 2008; Pawlikowska, 2008).

W związku z powyższym istotnym jest prowadzenie badań w zakresie funkcjonowania osób uzależnionych interpersonalnie, a więc tych, które żyją w specyficznym destrukcyjnej relacji wobec drugiej osoby; badań, które przyczynią się do większego zrozumienia charakterystyki tej grupy. Prowadzenie tych analiz wydaje się dodatkowo zasadne faktem ewolucji zjawiska obejmującego poza alkoholizmem wiele rodzajów innych uzależnień, jak również ewolucji zróżnicowania danej grupy, od żon alkoholików, po rodziców, rodzeństwo, dalszą rodzinę i inne osoby pozostające w bliskim związku emocjonalnym (a nawet profesjonalnym) z uzależnionym.

1. Uwarunkowania jakości związku małżeńskiego

Udany, satysfakcjonujący związek małżeński uwarunkowany jest wieloma czynnikami występującymi zarówno przed jego zawarciem, jak i podczas jego trwania.

1.1. Definicje małżeństwa

Małżeństwo definiowane jest jako 1. „uznany i regulowany przez prawo trwały związek mężczyzny i kobiety zawarty dla utworzenia rodziny; 2. mąż i żona, para małżeńska, małżonkowie” (Słownik Współczesnego Języka Polskiego, 1996, s. 495), a także jako 1. „uznany i regulowany przez prawo trwały związek mężczyzny i kobiety zawarty dla utworzenia rodziny; 2. mąż i żona, para małżeńska, małżonkowie” (Słownik Współczesnego Języka Polskiego, 1996, s. 495).

Prawo sytuje małżeństwo w świetle przepisów. Określa regulacje stosunków między małżonkami, rodzicami i dziećmi oraz warunki zawarcia związku małżeńskiego (Tokarczyk, 1999, s. 81).

Teologia podkreśla znaczenie sakramentu dla jakości małżeństwa. Małżeństwo jako sakrament daje łaskę umocnienia więzi małżeńskiej i zjednoczenia wszystkich elementów osoby takich, jak: impulsy ciała i instynktu, siła uczuć i przywiązania a także dążenia ducha i woli. Sakrament obdarza łaską głębokiej jedności, integracji osobowej, daje więc nową jakość życia chrześcijańskim małżonkom (Jan Paweł II, 2000, s. 24).

W ujęciu psychologicznym małżeństwo jest jednością dwóch różnych indywidualności, dwóch niepowtarzalnych osobowości, które decydują się spędzić

dalsze życie razem (Ziemska, 1975, s. 55). Psychologia opisuje relacje, jakie zachodzą między mężem i żoną, a także pomiędzy małżonkami a dziećmi oraz dalszą rodziną. Akcentuje wzajemne potrzeby, oczekiwania, pragnienia, emocje, temperamenty, sposoby komunikowania się, modele wychowawcze stosowane wobec dzieci (Tokarczyk, 1999, s. 81).

Małżeństwo zaczyna się od publicznego stwierdzenia dobrowolności i jedyności nawiązanego układu heteroseksualnego, od obietnicy trwałości związku przez całe życie. Relacja przestaje być oparta na wzajemnych, emocjonalnych ustosunkowaniach i staje się formalną, opartą na przepisach prawnych (Nęcki, 1990, s. 253).

Związek małżeński to związek mężczyzny i kobiety, w założeniu trwały przez całe życie, który przez tworzenie wieloaspektowej wspólnoty dąży do realizacji wspólnego dobra. Istotę małżeństwa określa właśnie decyzja wspólnego życia. Małżeństwo wówczas nie jest już tylko sumą dwóch indywidualności, lecz nabiera zupełnie nowego charakteru. Dotyka nowej jakości, jaką jest wspólnota małżeńska. Staje się osobną rzeczywistością międzyludzką istniejącą w takiej mierze, w jakiej istnieje zażyłość małżeńska. Wspólne życie jest nadrzędnym celem małżeństwa oraz cechą, która wyróżnia go spośród innych związków (Braun-Gałkowska, 1985, s. 15-16).

Małżeństwo jest dynamiczną wspólnotą pogłębiającą się dzięki współdziałaniu małżonków, poprzez interakcje rozwijające miłość, dążenia do osiągnięcia wartości oraz wspólne wypełnianie zadań. Stanowi wspólnotę, dzięki której człowiek ma szansę zrealizować swoje oczekiwania, zaspokajać potrzeby, a także wyzwolić się z egoizmu i wzbogacić swoją osobowość, otwierając się na potrzeby drugiego człowieka (Ryś, 1999, s. 5).

Związek małżeński nazywany jest też zaangażowaniem interpersonalnym, w którym obserwuje się przywiązanie większej wagi do więzi między małżonkami i ukierunkowanie na wzajemne zaspokojenie ich potrzeb psychicznych, pragnień i oczekiwań względem siebie (Turowski, 1960, s. 4n).

„Jakość” według Słownika Języka Polskiego (1988) to właściwość, wartość lub zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym (tamże, t. 1., s. 820). Według Słownika Współczesnego Języka Polskiego (1996) „jakość” to zespół cech decydujących o ocenie danego wyrobu (tamże, s. 337).

Jakość świadczy zatem o istocie obiektu lub pojęcia, którego dotyczy; o tym, czy są one w istocie tym, na co wskazują. Dobra lub wysoka jakość małżeństwa świadczy więc o tym, że małżeństwo istotnie nim jest. Niska, bądź też mała jakość małżeństwa udowadnia zaś, iż małżeństwo nie jest nim w istocie. Formalnie, z pozycji prawa lub opinii społecznej pozostaje małżeństwem, jednak nie realizując w pełni swych funkcji, nie osiąga zamierzonego statusu.

1.2. Pojęcie i analiza jakości związku małżeńskiego

Jakość związku małżeńskiego definiowana jest w literaturze przedmiotu różną terminologią. Wysoka czy też dobra jakość związku małżeńskiego to innymi słowy powodzenie małżeńskie, szczęśliwy, udany związek lub sukces małżeński. Na jakość małżeństwa wpływa wiele zarówno wewnętrznych, jak zewnętrznych czynników. Czynnikami zewnętrznymi konstytuującymi małżeństwo są między innymi: wzajemna

miłość, osobowość małżonków, umiejętność rozwiązywania problemów, sposób komunikowania, jak również dojrzałość psychiczna partnerów oraz dobór odpowiedniego współmałżonka. Do czynników zewnętrznych należą natomiast: sytuacja finansowa oraz poziom życia (Braun-Gałkowska, 1992, s. 20). Czynnikiem zewnętrznym są również praca zawodowa kobiet, skład osobowy rodziny oraz zaangażowanie społeczne (Ryś, 1999, s. 102).

Jakość małżeństwa obejmuje wymiary takie, jak: przystosowanie, zadowolenie, powodzenie, szczęście oraz małżeńska integracja i komunikacja (Spanier, Lewis, 1979, za: Rostowski, 1987, s. 25). Wysoka jakość małżeństwa wpływa na stabilność małżeńską (Spanier, Lewis, 1980, za: Ryś, 1994, s. 20).

Według Grahama B. Spaniera (1980) istnieją cztery najważniejsze czynniki warunkujące powodzenie związku małżeńskiego: 1. zgodność poglądów małżonków na poszczególne sprawy, związana z funkcjonowaniem związku; 2. spójność, rozumiana jako wspólne zaangażowanie w sprawy życia rodzinnego; 3. satysfakcja małżeńska, objawiająca się jako ogólne uczucie zadowolenia ze związku i potrzeba trwania w związku; 4. ekspresja emocjonalna, która odnosi się do wzajemnego okazywania sobie uczuć oraz wyrazów przywiązania przez małżonków (Spanier, 1980, za: Cieślak, 1989 s. 1042-1049).

Za podstawę dobrego związku małżeńskiego przyjmuje się tak zwane motywy dojrzałe w doborze małżeńskim. Znaczącą rolę odgrywa hierarchia wymiarów cenionych w małżeństwie. Najważniejszym wymiarem jest miłość. Inne wymiary to więź emocjonalna, podobieństwo zachowania się, intymność, komunikacja, posiadanie dziecka, pożycie seksualne. Przy czym wpływ pożycia seksualnego na poziom jakości związku małżeńskiego uzależniony jest od pozostałych wymiarów, głównie od więzi emocjonalnej i miłości (Rostowski, 1987, s. 28-31).

Z badań Rolanda M. Sabatelliego i Johna T. Pearce'a (1980) wynika, iż najistotniejszymi czynnikami decydującymi o tworzeniu się satysfakcjonujących związków są: zaufanie, wzajemny szacunek, zaangażowanie w małżeństwo, okazywanie miłości, wsparcie w sprawach zawodowych, podobieństwo stylu życia, równość praw małżeńskich, brak destrukcyjnej zazdrości, aprobata przyjaciół partnera oraz gotowość współmałżonka do słuchania i skuteczne komunikowanie się (Sabatelli, Pearce, 1980, za: Nęcki, 1990, s. 253n).

Zdaniem Marii Ryś (1999) powodzenie małżeństwa w dużej mierze uwarunkowane jest zdrową i dojrzałą osobowością małżonków (tamże, s. 5).

F. Nye, L. White, J. Friederes (1969) na podstawie analiz wyników badań empirycznych proponują trzy główne determinanty wpływające na powodzenie związku małżeńskiego. Są nimi: pozytywne uczucia małżonków żywione wobec siebie; ograniczenie swobody rozwiązywania związku oraz nieatrakcyjność innych możliwości w porównaniu z aktualną sytuacją małżeńską, czyli samotność lub powtórne małżeństwo (Nye, White, Friederes, 1969, za: Henrich, 1987, s. 11).

Jan Rostowski (1987) wyróżnia trzy integralne makroskładniki, które budują i cementują związek małżeński. Są nimi empatia, intymność i zaangażowanie (tamże, s. 75-95). Bogdan Wojciszke (2005) dodaje również namiętność jako istotną składową udanego związku (tamże, s. 12).

Zarówno powodzenie, jak i zadowolenie, a zwłaszcza szczęście małżeńskie, pozostają w ścisłym związku z empatią. Jest ona uwarunkowana różnymi aspektami

życia małżeńskiego i wywiera znaczący wpływ na inne płaszczyzny funkcjonowania życia małżeńskiego. Im bardziej mąż i żona mogą empatyzować, czyli sprawniej komunikować się wzajemnie i lepiej rozumieć jedno drugiego, tym wyższą jakość osiąga ich małżeństwo (Rostowski, 1987, s. 92n).

Empatia polega na zdolności do stawiania siebie w sytuacji innej osoby, do kształtowania z nią bliskich związków społeczno-ekonomicznych, wyprzedzania jej reakcji uczuciowych oraz zachowań. Jest to również zdolność do wczuwania się oraz wchodzenia w pole strukturalne innej osoby (Rembowski, 1989, s. 44).

Dla prawidłowego funkcjonowania małżeństwa ważniejsza jest empatia żony niż męża oraz konieczność wyemancypowania się obojga partnerów spod wpływów rodziny, a zwłaszcza emocjonalnej zależności od rodziców. Konsekwencje empatycznego stosunku do współmałżonka przekładają się na jakość związku małżeńskiego (Rostowski, 1987, s. 92).

Na podstawie badań stwierdzono ponadto, że satysfakcja mężczyzn ze związku silniej jest uzależniona od empatii ich partnerek niż satysfakcja kobiet od empatii ich partnerów, co może wskazywać na odmienną rolę społecznych kobiet i mężczyzn (Davis, Oatout, 1987; za: Wojciszke, 2005, s. 122).

Kolejnym makroskładnikiem jakości związku małżeńskiego jest jego intymność. Intymność ma ogromne znaczenie dla funkcjonowania związku oraz pary małżeńskiej. Norma intymności, jej treść i zakres są różnorodne i zmieniają się zależnie od jakości i specyfiki związku. Intymność związana jest z jednością, a zarazem odrębnością i specyfiką każdego związku o długim okresie trwania (Rostowski, 1987, s. 85).

Intymność jako składnik miłości wyraża pragnienie dbania o dobro partnera, wyrabia przekonanie, że można na niego liczyć, żyć do niego szacunek i wzajemne zrozumienie, dawać partnerowi emocjonalne wsparcie oraz wymieniać z nim intymne informacje. Intymność jest istotnym czynnikiem dla poczucia szczęścia małżonków. Wysoki poziom intymności powoduje, iż krytyka czy odrzucenie ze strony partnera są przeżywane przez współmałżonka bardzo głęboko, zaburzając obraz samego siebie (Ryś, 1999, s. 67n).

Zaangażowanie to trzeci istotny makroskładnik konstytuujący małżeństwo oraz jeden z najważniejszych czynników wpływających na wysoką jakość związku małżeńskiego (Rostowski, 1987, s. 85).

Zaangażowanie przejawia się głównie w akceptacji współmałżonka, w pragnieniu nawiązania i utrzymania z nim bliskiej więzi oraz w pozytywnym obrazie jego osoby. Polega zaś na przekształceniu relacji miłosnej w trwały związek (Laskowski, 1987, s. 155).

Ponadto zaangażowanie polega na świadomej kontroli ze strony partnerów i jest istotnym czynnikiem, który wpływa na trwałość małżeństwa (Rostowski, 1987, s. 76).

Powyższe czynniki wpływają dodatnio na jakość związku małżeńskiego, gdyż konstytuują małżeństwo, pogłębiając relacje między małżonkami oraz wzmacniając ich emocjonalną ekspresję, otwartość i wzajemną komunikację. Wspierają ponadto proces samorealizacji małżonków.

Ocena jakości związku małżeńskiego może mieć charakter obiektywny lub subiektywny. Podstawowym kryterium powodzenia małżeńskiego jest jednak subiektywna ocena związku. Oznacza to, iż wysoka jakość małżeństwa związana jest z

pozytywną oceną związku przez partnerów, a także wysokim stopniem ich ogólnego zadowolenia z małżeństwa oraz silną integracją wewnątrzmażeńską i dobrą wzajemną komunikacją (Spanier, Lewis, 1980, za: Cieślak, 1989 s. 1042-1049).

Jakość małżeństwa zależy głównie od dojrzałości osobowej partnerów oraz od zdolności do przewycięzania samego siebie, czy też od wrażliwości partnera. Miłość małżeńska jest najważniejszym warunkiem szczęścia małżeńskiego. Jest stanem ciągłego angażowania się w drugiego człowieka. Jest wyjątkowym rodzajem więzi, dzięki której małżeństwo staje się najgłębszym zjednoczeniem dwojga ludzi. Miłość małżeńska powinna być zatem rzeczywistością dynamiczną, podlegającą ciągłemu rozwojowi. Rozwój miłości małżeńskiej dokonuje się bowiem dzięki świadomej i intensywnej aktywności małżonków. W przypadku, gdy zabraknie tej aktywności, miłość zamiera (Ryś, 1999).

Istotnym jest również wpływ czynników zewnętrznych na prawidłowe funkcjonowanie związku małżeńskiego. Są nimi: status społeczny i ekonomiczny rodziny, praca zawodowa kobiet, skład osobowy rodziny oraz zaangażowanie społeczne. Badania dowodzą, iż wyższy status zawodowy mężów, wyższe i ustabilizowane dochody rodziny gwarantują lepszą jakość związku małżeńskiego. Ważna jest subiektywna ocena małżonków dotycząca ich dochodów. O powodzeniu małżeństwa decyduje także satysfakcjonująca i akceptowana przez męża praca zawodowa kobiety. Ponadto im więcej osób dorosłych w rodzinie (poza mężem i żoną) pragnie wpływać na charakter domu, tym niższa jest jakość związku małżonków. Istotna jest również liczba dzieci. Jeśli odpowiada ona oczekiwaniom małżonków oraz jeśli potrafią oni świadomie kierować swoją płodnością, ma to pozytywny wpływ na małżeństwo. Im bardziej bowiem skład osobowy rodziny jest uważany za optymalny dla partnerów, tym wyższa jest jakość związku. Podkreśla się także pozytywne znaczenie więzi małżonków z otoczeniem zewnętrznym oraz uczestniczenie w życiu społecznym. Występujące między małżonkami różnice w pochodzeniu społecznym, statusie społeczno-ekonomicznym, poglądach religijnych, a także duże różnice wieku mogą mieć negatywny wpływ na powodzenie związku. Im większe jest bowiem podobieństwo między małżonkami względem powyższych czynników, tym lepiej dla związku (Ryś, 1999, s. 102; por. także Lewis, Spanier, 1979, s. 276).

W przypadku różnic w zakresie poziomu wykształcenia bardziej niekorzystny jest układ, gdzie żona posiada wyższe, niż mąż wykształcenie. Dominujący w pewnym stopniu w świadomości społecznej model patriarchalny i związane z nim ambicje męża mogą zaburzać harmonijne funkcjonowanie związku (Levinger, 1979, s. 169-191).

Dobry partner to osoba, która łączy w sobie cechy zarówno „męskie”, jak i „kobiece”. Oznacza to, iż w procesie kształtowania swojej tożsamości kobieta powinna odnaleźć w sobie tzw. „pierwiastek męski”, czyli *animusa*, mężczyzna powinien natomiast odkryć w sobie tzw. „pierwiastek żeński”, czyli *animę*². Proces ten jest

² *Anima* i *animus* to archetypy psychiki w psychologii analitycznej Carla Gustava Junga. Element, który jest przeciwieństwem i dopełnieniem persony. Harmonijny rozwój osobowości wymaga obecności obydwu tych pierwiastków i równowagi między nimi. Sugestia Junga jest taka, iż osoba, by w pełni osiągnąć swoją dojrzałość, musi zintegrować w sobie pierwiastek psychiki przeciwnej płci (Vedfelt, 2004, s. 27).

Według terminologii Junga postać *animusa* symbolizuje męski aspekt kobiecej osobowości, wszystkie te jej cechy charakteru, które stereotypowo uznajemy za męskie. Tak więc

uzupełnieniem osobowości o cechy, które gwarantują kompletność natury człowieka. Ta kompletność, czy innymi słowy pełnia osobowości umożliwia stworzenie satysfakcjonującego bliskiego związku z drugą osobą.

Niezwykle ważnym determinantem warunkującym wysoką jakość małżeństwa jest znajomość różnic psychicznych występujących pomiędzy kobietami a mężczyznami. Różnice te dotyczą umysłowości ludzkiej, przeżywania uczuciowości, podejmowania aktywności, poczucia własnej wartości, zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych oraz przeżywania seksualności (Ryś, 1999, s. 14-22).

Istotny wpływ na jakość małżeństwa wywiera samoocena, jaką posiada dana osoba. Jeżeli osoba jest przekonana o swojej bezwartościowości i uważa, że w gruncie rzeczy nie warto jej kochać, bardziej będzie skłonna interpretować niejasne zachowania partnera jako wyraz braku miłości niż wtedy, gdy sama jest pewna, że zasługuje na miłość. Osoby o pozytywnej samoocenie interpretują bowiem uzyskane od innych informacje zwrotne jako bardziej dla nich pochlebne, niż dzieje się to w przypadku osób o niskiej samoocenie. Dotyczy to głównie takich sytuacji, gdy zachowanie innych jest wieloznaczne (Brockner, 1983; za: Wojciszke, 2005, s. 117).

W czasie trwania związku wraz z rozwojem zaufania i więzi, rodzi się również przywiązanie obojga partnerów. Pierwowzorem przywiązania jest stosunek małego dziecka do matki lub innej opiekującej się nim na stałe osoby. W życiu dorosłym nowym obiektem przywiązania staje się ukochana osoba. Świadczy o tym przede wszystkim silna analogia między reagowaniem dziecka na matkę a reagowaniem dorosłego człowieka na ukochaną osobę (Shaver i in., 1988; za: Wojciszke, 2005, s. 87).

Typy przywiązania dziecka wobec matki stały się podstawą dla tezy o trzech stylach przywiązania i intymności, przejawianych przez osoby dorosłe w stosunku do partnerów bliskiego związku. Badania te, które są jednakowe dla obu płci, sugerują, że wykształcone we wczesnym dzieciństwie style przywiązania mogą utrzymywać się także i w późniejszych fazach życia (Hazan, Shaver, 1987; za: Holmes, 2007, s. 129).

Wyróżnia się następujące style przywiązania:

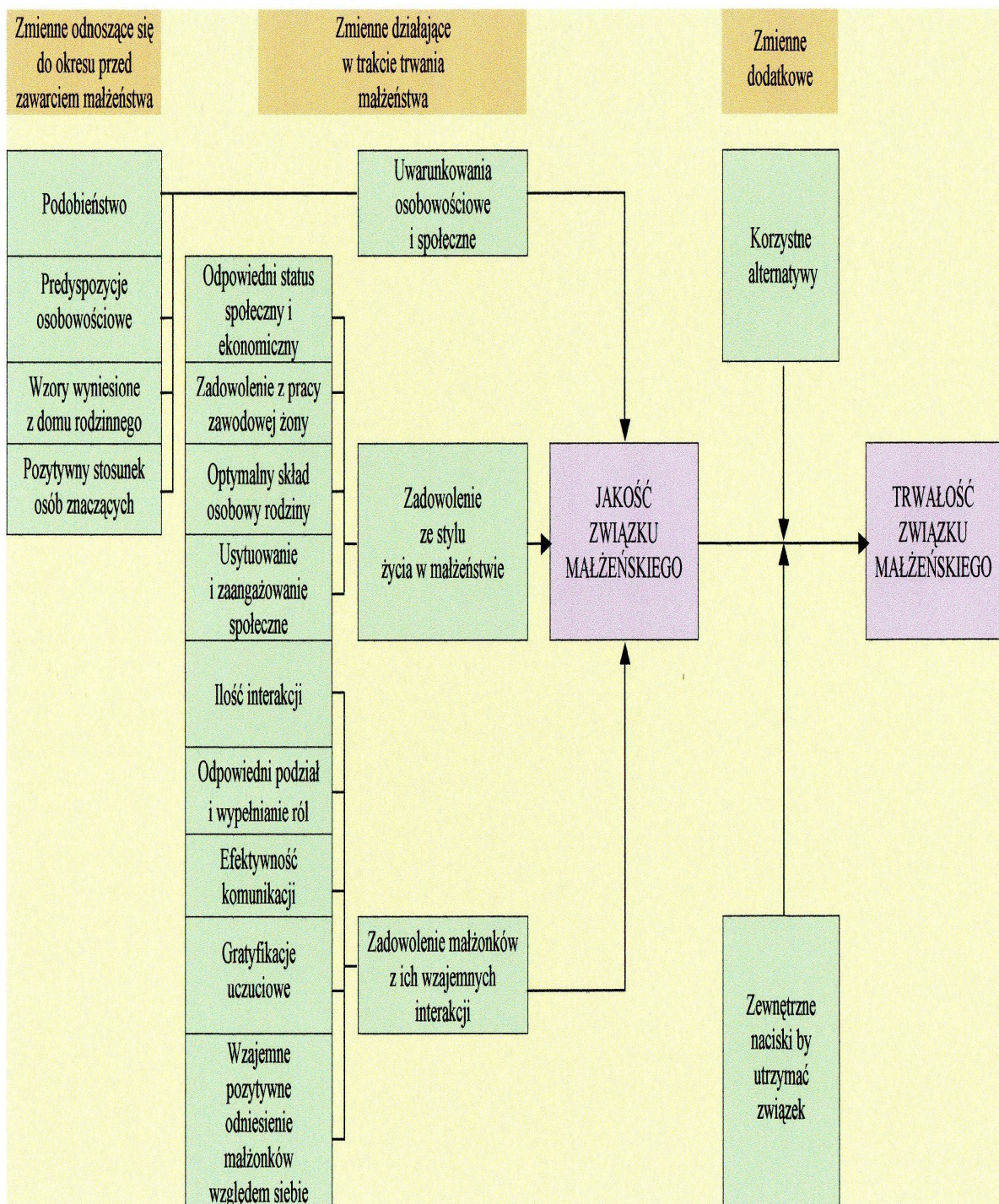
Styl bezpieczny (56% badanych) charakteryzuje osoby, które z łatwością zbliżają się do innych ludzi i nie sprawia im kłopotu tworzenie bliskich, intymnych relacji z partnerem. Nie martwią się nadmiernie opuszczeniem ani zbyt blizniem wobec innej osoby.

Styl nerwowo-ambiwalentny (19% badanych) cechuje osoby, które oczekują od innych większego i głębszego zbliżenia niż w rzeczywistości ma to miejsce. Pragną bliższych relacji z innymi i często obawiają się porzucenia. Nie dowierzają uczciwym zamiarom ani prawdziwej miłości ze strony ich partnera. Chcieliby całkowicie zlać się w jedno z ukochaną osobą, lecz takie pragnienie odstrasza zwykle od nich potencjalnych partnerów.

dziewczyna, by stać się pełną osobą, tj. dojrzałą kobietą musi również zintegrować swoją męską część. Musi ją poznać i obłaskawić. *Animus* to zatem męska siła w kobiecie, która pobudza ją do działania. Mężczyzna natomiast jest w stanie naprawdę i dojrzałe być z kobietą jedynie wtedy, gdy dojrzeje w nim *anima*, czyli kobieca część jego natury. *Anima* jest to wrażliwość i intuicja mężczyzny. *Animus* i *anima* pełnią ważną funkcję w życiu kobiety i mężczyzny. Dojrzałe wskazują na czas i gotowość przyjęcia drugiego człowieka. Otwierają na dobre i pełne z nim spotkanie. Współcześnie stosuje się te pojęcia jako odpowiednik wymiarów kobiecości i męskości dla obu płci (Miller, Cichocka, 2008, s. 27, 55).

Styl unikający (25% osób) dotyczy osób, które często czują się skrepowane bliskością z innymi. Trudno jest im całkowicie zaufać innym ludziom lub pozwolić sobie na emocjonalną bliskość. Stają się nerwowi, gdy ktoś za bardzo się do nich zbliży, a ich partnerzy zwykle domagają się od nich większego zawierzenia i otwarcia (Bowlby, 1969; za: Holmes, 2007, s. 129; por. także Mikulincer, Nachson, 1991; Feeney, Noller, 1990; za: Wojciszke, 2005, s. 90).

Rys.1. Model jakości i trwałości związku małżeńskiego wg Spaniera (za: Nęcki, 1990, s. 265)



Reasumując, ukształtowanie się i jakość przywiązania zależy od matczynej wrażliwości i responsywności, czyli skłonności do reagowania własnym zachowaniem na zachowanie dziecka. Zależy również od responsywności ojca oraz charakteru więzi, jaką zbudował on ze swoim dzieckiem. Przywiązanie do obiektu w okresie niemowlęctwa i dzieciństwa odgrywa kluczową rolę w tworzeniu relacji z innymi ludźmi w dorosłości. Im poprawniej toczył się proces kształtowania przywiązania dziecka w pierwszych okresach jego życia, tym mniejsze jest ryzyko inicjowania w dorosłości uzależniających relacji z innymi ludźmi oraz większe prawdopodobieństwo tworzenia satysfakcjonującego, udanego związku.

2. Problematyka uzależnienia interpersonalnego

2.1. Terminologia uzależnienia interpersonalnego

Zjawisko – w którym cała rodzina koncentruje swoje życie wokół potrzeb i zachowań jednej, chorej na uzależnienie osoby, a życie jej członków nie zależy od nich samych, lecz jest wypadkową okresowego zażywania i niezażywania przez tę osobę uzależniającej substancji – jest nazywane współuzależnieniem lub innymi słowy, uzależnieniem interpersonalnym i polega na dysfunkcjonalnej zależności od drugiej osoby (por. Sztander, 2006a, s. 7; Zaworska-Nikoniuk, 2000, s. 382).

Uzależnienie od drugiej osoby oznacza ulokowanie poczucia własnej wartości w opiniach i zachowaniu innej jednostki. Człowiek uzależniony, kosztem własnych potrzeb, pragnie uzyskać akceptację drugiej osoby. Jego myśli, uczucia, oceny oraz podejmowane decyzje i system przekonań skoncentrowane są wokół nastrojów i zachowań drugiej osoby. Nieistotnym jest stosunek emocjonalny uzależnionego do drugiej osoby. Może się wahać pomiędzy miłością, a nienawiścią. Z reguły jednak współuzależnienie oznacza spłylenie uczuć³.

Współuzależnienie jest wielowymiarowym (fizycznym, umysłowym i duchowym) stanem wyrażającym się w zaburzeniach funkcjonowania spowodowanych koncentracją na potrzebach i zachowaniach innych. Rozwija się od momentu rezygnacji z odpowiedzialności za kierowanie swoim życiem i szczęściem na rzecz zajmowania się kimś innym (Sagadyn, 1996, s. 17).

Centralnym aspektem życia osób współuzależnionych jest sprawowanie kontroli. W międzyosobowej relacji uwikłanie w drugą osobę powoduje ograniczenie albo zatracenie własnej tożsamości poprzez zaangażowanie tożsamością i problemami drugiej osoby (Hemflet, Minirth, Meier, 2004, s. 12).

Współuzależnienie określane jest też jako szczególny współdział w uzależnieniu osoby bliskiej emocjonalnie, obejmujący szereg wymiarów życia psychicznego oraz działań osoby współuzależnionej. Zdaniem Wandy Sztander (2006b, s. 49-92) współuzależnienie w obrębie życia psychicznego jednostki dotyczy głównie utrwalonego i nieracjonalnego systemu przekonań na temat picia alkoholu przez bliską

³ M. Zubrzycka-Nowak, Czym jest uzależnienie od drugiej osoby? Dostępne: 25.01.2008: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=111>

osobę. Iluzoryczność przekonań obejmuje również możliwości kontroli picia oraz relacji z osobą uzależnioną. Współuzależnienie to także irracjonalny i potęgujący stres system kontroli emocjonalnej oraz autodestrukcyjne schematy i nawyki poznawcze. W obrębie działań współuzależnienie oznacza przede wszystkim uporczywe używanie nieskutecznych sposobów wpływu na zachowanie osoby uzależnionej albo na jakość relacji z tą osobą. Wskazuje ponadto na nieskuteczność lub ograniczone zdolności przeciwdziałania destrukcji, pomimo wyraźnych dowodów na jej istnienie. Współuzależnienie to również ograniczenie umiejętności fizycznego i psychicznego dystansowania się lub wycofania z relacji⁴.

Szersza interpretacja pojęcia współuzależnienia obejmuje inne osoby, należące do rodziny uzależnionego i określa zjawisko terminem kouzależnienia. Pod pojęciem zespołu kouzależnienia (zawierającym w sobie również koalkoholizm i konarkomanię) „rozumieć należy konsekwencje bio-psycho-społeczne, jakie ponoszą: rodzice, partnerzy życiowi oraz dzieci osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (Zaworska-Nikoniuk, 2000, s. 382).

Podstawowe symptomy współuzależnienia rozumianego jako specyficzna choroba to:

1. lokowanie uczucia własnej wartości w zdolności do kontrolowania uczuć i zachowań swoich i cudzych, mimo oczywistych doświadczeń, że konsekwencje są odwrotne;
2. zaspokajanie potrzeb cudzych w sposób uniemożliwiający zaspokajanie potrzeb własnych;
3. ścisłe powiązanie swojej samooceny ze skutecznością swoich oddziaływań na alkoholika (na osobę uzależnioną);
4. zaburzenie systemu granic, zarówno w sytuacjach intymności jak i osamotnienia;
5. bierne trwanie w związku z osobą o zachwianej osobowości (alkoholizm, narkomania, chorobliwa impulsywność);
6. doznawanie bardzo bolesnych emocji lub utrata wrażliwości emocjonalnej w okresie przynajmniej dwóch lat, bez szukania pomocy na zewnątrz (Cermak, 1986, za: Woronowicz, 2009, s. 326).

Do widocznych objawów choroby współuzależnienia zalicza się też: "opiekuńczość, pełne litości skoncentrowanie się na alkoholiku; zakłopotanie; unikanie okazji do picia; przesunięcie we wzajemnych kontaktach; poczucie winy; obsesje; zamartwianie się; niepokój, kłamstwa, fałszywe nadzieje; rozczarowania; euforię; zamęt; problemy seksualne; złość; letarg; poczucie beznadziejności i krzywdy; rozpacz; zaprzeczanie" (Woititz, 1994, s. 25).

W uzależniającym związku następuje konwersja odpowiedzialności, co oznacza, że osoba chora obarcza odpowiedzialnością za swoje stany emocjonalne partnera i jednocześnie ponosi pełną odpowiedzialność za jego myśli, uczucia i reakcje (Wobiz, 2001, s. 20).

Odmienny nurt teoretyczny ujmuje współuzależnienie jako formę adaptacji do chronicznie destrukcyjnego układu interpersonalnego, która go podtrzymuje i utrudnia zmianę (Mellibruda, 1999, s. 128). Jest to świadome trwanie w związku partnerskim z osobą uzależnioną. Uwarunkowane jest występowaniem silnej sytuacji stresowej,

⁴ W. Sztander, Współuzależnienie. Dostępne: 14.01.2009:
<http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=sloownik&op=spis&id=206>

doświadczeniami wyniesionymi z dzieciństwa oraz zmianami zachodzącymi w psychologicznym funkcjonowaniu jednostki w sferze intelektualnej, emocjonalnej i osobowej (Mellibruda, Sobolewska, 1997, s. 24).

W nurcie tym współuzależnienie traktowane jest jako zespół cech ukształtowanych w dysfunkcyjnej rodzinie. Osoba współuzależniona posiada predyspozycje osobowościowe do inicjowania relacji emocjonalnie dla niej szkodliwych. Zakres pojęciowy terminu rodzina dysfunkcyjna dotyczy rodzin, w których nastąpiło jakiegokolwiek zaniedbanie potrzeb emocjonalnych, intelektualnych i duchowych (Forward, 1992, s. 28-137).

Współuzależnienie jest to wadliwie ukształtowana postawa życiowa, która upośledza osobowy rozwój jednostki, możliwość dokonywania racjonalnych wyborów oraz sprawowania kontroli nad własnym życiem (Mellody, 2008).

Uzależnienie interpersonalne dotyczy nieprawidłowych relacji międzyludzkich, które mają charakter uzależnienia. W relacjach tego typu druga osoba staje się kryterium wyznaczającym poczucie własnej wartości oraz sensu podejmowanych działań. Współmałżonek jest punktem odniesienia do zaspokajania własnych potrzeb i oczekiwań. Relacja uzależnienia interpersonalnego jest charakterystyczna dla osób wychowywanych w rodzinach dysfunkcyjnych. Pięć podskal Skali Uzależnienia Interpersonalnego to podstawowe kryteria wskazujące na intensywność występowania problemu uzależnienia od drugiej osoby. Są nimi: 1. obniżone poczucie własnej wartości; 2. brak poszanowania własnych praw; 3. brak wiary w to, że jest się osobą kochaną; 4. przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania drugiej osoby; 5. kontrola innych (Ryś, 2008b, s. 4-5).

Trzeci nurt teoretyczny sytuuje współuzależnienie w kategoriach cechy lub typu osobowości, który rozwija się w rezultacie długotrwałego wystawienia jednostki na działanie uzależnienia bliskiej osoby. Choć współuzależnionym można się stać w każdym momencie życia, to jednak większość osób uczy się tego od urodzenia (Whitfield, 1984, 1989; za: Krawczyńska, 2007, s. 6-7).

Współuzależnienie jako zaburzenie osobowości to „nie tylko i nie tyle efekt życia w bliskim kontakcie z osobą uzależnioną, co raczej pewien typ niedojrzałej osobowości, pewna skłonność (związana z osobistą historią rozwoju) do błędnych sposobów reagowania na problematyczne sytuacje życiowe oraz na zaburzone zachowania innych osób” (Dziewiecki, 2000, s. 109).

Współuzależnienie to efekt zaburzenia systemu rodzinnego, to rozpoznawalny wzór sztywnych cech osobowości, zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie. Wstyd jest rezultatem zaniedbania. Zjawisko to dotyczy osób żyjących w systemie dysfunkcyjnym. Wynika z braku własnej tożsamości. Jest zanikiem własnej wewnętrznej rzeczywistości i uzależnieniem się od rzeczywistości zewnętrznej. Wskazuje na kryzys własnego „ja”. Pojawia się w sytuacji, gdy człowiek lokuje swoją tożsamość na zewnątrz swojej osoby, np. w innej osobie. Mając silne poczucie niskiej wartości, osoba współuzależniona przekracza własne granice w działaniu na rzecz innych osób. Nadmiernie stara się o ich miłość i uznanie. Ma niekiedy tendencję do wypalenia zawodowego (Bradshaw, 1994, s. 207).

W przypadku związków uczuciowych uzależniający czynnik, który tkwi w osobie uzależnionej, a nie w substancji, przybiera postać niepoahamowanej potrzeby

nawiązania, a następnie podtrzymywania więzi z określoną osobą. Istnieją cztery charakterystyczne cechy uzależnienia: 1. kompulsywność (partner czuje przymus trwania w związku, nawet jeśli jest dla niego szkodliwy); 2. lęk (na myśl o zerwaniu relacji); 3. objawy abstynencyjne (na skutek zerwania uzależniającego związku może pojawić się ból, szczególnie reaktywne są w takich przypadkach klatka piersiowa, żołądek i brzuch, płacz, zaburzenia snu, niektórzy nie są w stanie zasnąć, inni z kolei nadmiernie śpią), skłonność do irytacji, depresja, poczucie bezcelowości i przekonanie o konieczności powrotu do substancji, czyli osoby jako jedyne go środka zaradczego); 4. uczucie osiągnięcia, wyzwolenia i triumfu, następujące po początkowym okresie cierpienia (Halpern, 2009, s. 16n).

Jerzy Mellibruda i Hanna Szczepańska (1988) w wyniku kompleksowych badań nad populacją polskich kobiet, które pozostawały w związkach małżeńskich z pijącymi oraz niepijącymi alkoholikami podobnie uznali współuzależnienie za specyficzną formę uzależnienia – uzależnienia od drugiej osoby i jej problemów. W funkcjonowaniu osoby współuzależnionej mogą występować schematy postępowania, reagowania i myślenia symetryczne do schematów określających funkcjonowanie osoby uzależnionej (Mellibruda, 1999, s. 121).

Tabela nr 1. Analogia zjawisk uzależnienia i współuzależnienia (por. tamże, s. 121):

Pkt.	Osoba uzależniona	Osoba współuzależniona
1.	Koncentracja całego życia wokół alkoholu	Wyraźna koncentracja myśli, uczuć i zachowań wokół picia alkoholika
2.	Subiektywne poczucie przymusu picia	Subiektywne poczucie konieczności odciągnięcia pijącego od alkoholu
3.	Ograniczenie repertuaru zachowań związanych z piciem	Usztywnienie i ograniczenie różnorodności zachowań i reakcji związanych z piciem alkoholika
4.	Zmiany tolerancji na alkohol (zmniejszenie i zwiększenie)	Wyraźne zmiany w intensywności reagowania na picie alkoholika związane z upływem czasu
5.	Objawy abstynencyjne po zaprzestaniu picia	Doświadczenie przykrych stanów emocjonalnych (niepokoję, rozdrażnienia) w okresach trzeźwości alkoholika
6.	Złagodzenie i ustąpienie objawów abstynencyjnych po powrocie do picia	Złagodzenie przykrych stanów emocjonalnych towarzyszących przerwie w piciu
7.	Negatywne konsekwencje picia nie powodują zatrzymania picia	Szkody, jakie przynoszą typowe sposoby reagowania na picie alkoholika, nie są w stanie powstrzymać od dalszych takich samych reakcji

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

Pkt.	Osoba uzależniona	Osoba współuzależniona
8.	Powtarzające się nawroty picia po okresach abstynencji	Powtarzanie mechanizmu podejmowania i powstrzymywania się od typowych reakcji na picie
9.	Pragnienie picia kontrolowanego i nadzieja na zapanowanie nad alkoholem	Nadzieja na uzyskanie kontroli nad piciem alkoholika i ograniczenie picia do bezpiecznych rozmiarów
10.	Poczucie niemożności rozstania się z alkoholem na zawsze	Poczucie niemożności rozstania się z alkoholikiem na zawsze, mimo okresowych pragnień odejścia od niego

Na bazie teorii systemów rodzinnych współuzależnienie można interpretować w oparciu o koncepcję *różnicowania Ja*⁵ oraz pojęcie *fuzji*⁶ Murraya Bowena (1976).

⁵ Murray Bowen (1976) stworzył podwaliny teorii systemów rodzinnych, z których wywodzi się koncepcja *różnicowania Ja*. W środowisku rodzinnym na poziomie intrapsychoznym oraz interpersonalnym istnieją dwie przeciwstawne siły. Jedna dąży do indywidualizacji, a druga do wspólnoty. Jednostka, która osiąga dojrzałość, na poziomie intrapsychoznym musi osiągnąć zdolności do rozróżniania pomiędzy uczuciami a intelektem, musi wypracować zachowania, które wynikają z wyraźnych, świadomych wyborów pomiędzy tymi sferami. Na poziomie interpersonalnym natomiast jednostka musi umieć doświadczać z innymi poczucia intymności i wspólnoty, ale jako osoba autonomiczna, która kontroluje dystans i granice. Osiągnięcie dojrzałości to proces dochodzenia do samookreślenia, w którym relacje z rodziną polegają na utrzymaniu homeostazy pomiędzy własną ekspresją emocjonalną a życiem wspólnotowym. Osoba, która osiąga te zdolności, staje się jednostką o właściwie *zróżnicowanym Ja*. Jest to osoba, która nie poddaje się automatycznie presji otoczenia. „Ideałem jest nie tyle dystans emocjonalny, bezwzględny obiektywizm, czy też brak uczuć, ile utrzymywanie równowagi, dojście do samookreślenia, lecz nie kosztem utraty zdolności do spontanicznej ekspresji emocjonalnej. W teorii nie zakłada się, że należy dążyć do zachowań racjonalnych kosztem uczuć ani nie zaleca się tłumienia emocji. Celem *zróżnicowania Ja* pozostaje równowaga uczuć i procesów poznawczych. W rozumieniu teorii systemów rodzinnych, *zróżnicowanie* odnosi się do procesu, nie zaś do możliwego osiągnięcia celu [a więc] drogi życiowej, a nie stanu bycia” (Goldenberg, Goldenberg, 2006; za: Margasiński, 2010, s. 120).

⁶ Dorastanie jest procesem dochodzenia do autonomii, jednak nie zawsze kończy się on sukcesem. Gdy oddziaływania systemu rodzinnego są zbyt mocne, może dojść do zbytnej symbiozy pomiędzy jednostką a innymi. Skrajana postać tego stanu określana jest przez Murraya Bowena (1976) mianem *fuzji*. Wymiar *zróżnicowania* to zatem kontinuum z dwoma biegunami: *fuzja* stanowi biegun skrajnego niezróżnicowania, drugim biegunem jest *zróżnicowane Ja*. Na biegunie *fuzji* funkcjonuje tzw. pseudo-ja, które cechuje jednostki osobowościowo słabe, podatne na wpływy innych, zarówno na poziomie emocjonalnym jak i intelektualnym (Fagan-Pryor, Haber, 1992; za: Margasiński, 2010, s. 120)

Systemowa koncepcja Bowena⁷ wskazuje na uwarunkowania osobowościowe syndromu współzależnienia. Jest teorią opisu rodzinnych mechanizmów generujących i podtrzymujących ten syndrom. Zjawisko współzależnienia określane jest przez bieguny *niezróżnicowanego Ja* oraz *fuzji*. Dziecko, które nie osiągnie dojrzałości na poziomie *zróżnicowanego Ja*, w dorosłym życiu będzie zarówno posiadać cechy osobowościowe, jak i manifestować zachowania charakterystyczne dla osób, u których rozpoznaje się symptomy współzależnienia. Jednostki o *niezróżnicowanym Ja* są mało elastyczne. Posiadają niewielkie zdolności adaptacyjne. Są mocno emocjonalnie zależne od innych. Są to jednocześnie charakterystyczne cechy współzależnienia. Brak właściwego poziomu autonomii, wyniesiony z rodziny pochodzenia będzie skutkował tendencją do wchodzenia w późniejszym życiu w relacje zależnościowe. Osoby o słabo *zróżnicowanym Ja* posiadają niską zdolność do emocjonalnej separacji. Są podatne na sugestie i żądania otoczenia, co stanowi podstawę dysfunkcji i rozwoju relacji współzależnych. Dla takich osób relacje wspólnotowe automatycznie podnoszą zaangażowanie emocjonalne, co odbywa się ze szkodą dla ich intelektualnego funkcjonowania. Dzieje się tak dlatego, iż tendencje wspólnotowe intensyfikują doznania emocjonalne kosztem zdolności intelektualnych. Innymi słowy, osoby o niskim poziomie zróżnicowania żyją w świecie wyznaczanym przez emocje i to jest właśnie świat osób współzależniowych (Gibson, Donigian, 1993; za: Margasiński, 2010, s. 121; por. także: Cierpiałkowska, 1998, s. 84-86).

Współczesna koncepcja współzależnienia nie odnosi się wyłącznie do alkoholizmu, lecz ewoluuje wraz z rozwojem nowych uzależnień. Do kategorii osób współzależniowych można zaliczyć osoby żyjące w stałym i destrukcyjnym związku z uzależnionymi od: narkotyków, hazardu, seksu, przejadania się lub odmawiania jedzenia, gier komputerowych, Internetu, pracy, zakupów. Literalnie słowo współzależniowy oznacza „uzależniony razem z”. Sformułowanie to oddaje naturę związku – jedna osoba jest uzależniona od substancji lub działania, druga zaś od swojego partnera oraz od samego związku, gdyż swoją postawą umożliwia uzależnionemu trwanie w jego chorobie (Hemflet, Minirth, Meier, 2004, s. 14).

Ponadto współzależnienie rozpoznaje się nie tylko u członków rodziny alkoholika. Może także występować u profesjonalisty, pracującego z osobami uzależnionymi, bądź też cierpiącymi, czy potrzebującymi pomocy, a nawet w instytucji, która się nimi zajmuje. Może zatem dotyczyć personelu medycznego, terapeutów oraz pracowników socjalnych (Mellibruda, 1999, s. 113; por. także: Krawczinska, 2007, s. 10).

Pomimo dużego zróżnicowania poglądów dotyczących współzależnienia, wspólnym jest przekonanie, iż warunkiem zaistnienia zjawiska uzależnienia od drugiej osoby jest pozostawanie w silnym emocjonalnie i destrukcyjnym związku. Podłożem rozwoju uzależnienia interpersonalnego jest dysfunkcyjna rodzina, która jako system funkcjonuje siłą wzajemnie sprzężonych ze sobą patologicznych oddziaływań. System, którego centrum jest jednostka uzależniona, wyznacza kierunki działania całej rodziny. Odczuwanie, myślenie i działanie wszystkich członków rodziny zależne jest od jej zachowań i nastrojów.

⁷ Teorię systemów rodzinnych Bowena nie należy mylić z teorią ogólnych systemów (*general systems theory*), która ma o wiele szersze znaczenie i nie ma specyficznego zastosowania do wyjaśniania funkcjonowania jednostki (Cierpiałkowska, 1998, s. 84).

Reasumując, badacze problemu proponują trzy różne kategorie definiowania zjawiska współuzależnienia. Może ono zatem oznaczać sposób przystosowania do patologicznej i długotrwałej sytuacji, jaką jest pozostanie w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnej. Jest to wówczas reakcja na chroniczny stres, jakim jest życie w związku z alkoholikiem. Źródła współuzależnienia można również szukać w dysfunkcyjnej rodzinie, w której funkcjonowanie predysponowało osobę do wykształcenia zespołu cech osobowości uległej, podatnej na uzależnienie interpersonalne. Mówimy wtedy o współuzależnieniu jako zaburzeniu osobowości. Współuzależnienie może także wskazywać na rodzaj choroby, swoistego uzależnienia, gdzie *substancją uzależniającą* jest druga osoba (najczęściej osoba uzależniona, np. od alkoholu, hazardu, narkotyków). Uzależnienie od drugiej osoby nosi miano uzależnienia interpersonalnego.

2.2. Charakterystyka osoby uzależnionej interpersonalnie

Cechą charakteryzującą osobę współuzależnioną jest przekonanie o swojej zdolności do wywierania znaczącego wpływu na drugiego człowieka. Próby wywierania wpływu i sprawowania kontroli nad partnerem są uporczywie powtarzane, pomimo kolejnych niepowodzeń i cierpień, co utrwala poczucie niskiej wartości (Woronowicz, 2009, s. 328).

Funkcjonując w stanie chronicznego stresu, osoba współuzależniona przeżywa cierpienie oraz chaos emocjonalny i zaburzenia psychosomatyczne, nerwicowe oraz zaburzenia sfery seksualnej. Doświadcza stanów depresyjnych z myślami samobójczymi albo gwałtowne zmiany nastroju, tzw. huśtawka emocjonalna. Niekiedy zażywa leki nasenne, uspokajające lub przeciwbólowe albo pije alkohol dla zniwelowania napięcia emocjonalnego i niepokoju, co może prowadzić do uzależnienia. Przejawia zachowania nałogowe, np. zakupoholizm lub nadmierne objadanie się. Jako mechanizm obronny stosuje system iluzji i zaprzeczeń, który niweczy realną ocenę problemów związanych z alkoholem. Wierzy w obietnice partnera na temat zaniechania czynności przymusowych oraz poprawy sytuacji materialnej ich rodziny, chociaż wie, że w gruncie rzeczy są one zupełnie bez pokrycia, jeżeli osoba nie podejmie systematycznego leczenia. Powiela nieskuteczne i usztywnione zachowania, które podtrzymują uzależnienie partnera. Otwiera nad nim tzw. *parasol ochronny*, co oznacza, iż bierze na siebie konsekwencje uzależnienia partnera. Wielokrotnie wybacza mu i wierzy w jego nierealistyczne obietnice, co z kolei powoduje brak konfrontacji z rzeczywistością. Współuzależniona osoba odbiera sobie prawo do zaspokajania własnych potrzeb oraz realizacji swoich planów i marzeń. Swoje życie koncentruje wokół zachowań i nastrojów osoby uzależnionej, przy równoczesnym zaniedbaniu swoich potrzeb. Stara się, by w domu wszystko wyglądało idealnie. Często ponosi odpowiedzialność finansową za długi współmałżonka. Stwarza pozory ładu tam, gdzie chaos i patologia sięją spustoszenia (Majchrzyk-Mikuła, s. 12; por. także: Woronowicz, 2009, s. 328).

Współuzależniona kobieta często grozi i szantażuje męża rozwodem, separacją lub odejściem, lecz nie jest odpowiednio przygotowana psychicznie ani materialnie, by to uczynić. Przez swoją niekonsekwencję, jest niewiarygodna, a co za tym idzie, nieszanowana przez niego. Sprawuje nadmierną kontrolę nad zachowaniami partnera.

Sprawdza ilość, jakość oraz rodzaj wpijanego przez niego alkoholu, a także to z kim i gdzie pił.⁸ Formułuje nierealne oczekiwania wobec partnera. Często go obwinia, szukając powodów jego picia. Tak silnie skupiona jest na swoim mężu, że rezygnuje zupełnie z siebie, z kobiecej godności żony i matki. Efektem koncentracji myśli i działań na zachowaniach partnera może być nadopiekuńczość wobec swoich dzieci lub ich emocjonalne odrzucenie. Ponadto współzależniona osoba doznaje zaburzeń w procesie poznawczym, co oznacza zakłócenia w postrzeganiu rzeczywistości oraz zagubienie, brak kierunku i sensu życia. Stopniowo przyzwala na wzrost tolerancji na destrukcję. To, co wcześniej w jej systemie wartości osiągało kategorię zła, teraz staje się dobrem albo normą. Popada w izolację społeczną, by ukryć problem rodzinny. Przeżywa brak zaufania do wszystkiego i wszystkich. Odczuwa obawę przed wszelkimi zmianami i nowościami. Przeżywa desperację i pustkę duchową (Majchrzyk-Mikuła, s. 12; por. także: Woronowicz, 2009, s. 328).

John Bradshaw (1994) osobę współzależnioną określa mianem dorosłego dziecka z rodziny dysfunkcyjnej. Charakteryzują ją kilkanaście cech składowych współzależnienia. Osoba współzależniona doznała w dzieciństwie przemocy fizycznej, seksualnej lub psychicznej. Jej rozwojowe potrzeby zależności były lekceważone. Uwikłana została w spełnianie niezaspokojonych potrzeb swoich rodziców lub potrzeb całego systemu rodzinnego. Nadal tkwi w destrukcyjnych relacjach z rodziną, zaprzeczając szkodliwość wpływu rodziny pochodzenia. Posiada niewyodrębnione ego, co oznacza, że zinternalizowała uczucia, pragnienia i tajemnice innych osób systemu rodzinnego. Ma poczucie samotności i wyobcowania. W działaniu ma tendencje do perfekcjonizmu, nadmiernej ostrożności oraz oceniania siebie i innych. Skupia się na szczegółach. Jest mało plastyczna, powiela schematy. Obwinia siebie za błędy innych. Często zamartwia się i rozmyśla, zamiast działać. Chce tym samym uniknąć odczuwania swoich przykrych uczuć. Czuje skrajny dyskomfort, gdy traci kontrolę nad sobą i innymi. Neurotyczną potrzebę kontroli skrywa za maską chęci pomagania innym. Odczuwa nadmierną czujność i wysoki poziom niepokoju. Ma zatarte granice między sobą a otoczeniem. Nie potrafi rozpoznać, co jest dla niej ważne ani dobre. Stara się imponować innym. Zbyt intensywnie reaguje na dane sytuacje. Powtarza utarte, często nieefektywne wzory zachowań. W jej życiu ma miejsce pewien rodzaj fatalizmu, gdyż bez względu na to, gdzie zaczyna nową aktywność, wydaje się, że kończy ją w tym samym punkcie. Nie ma kontaktu ze swoimi uczuciami ani umiejętności ich adekwatnego wyrażania. Rozwój jej osobowości został zahamowany na poziomie zranionego dziecka. Dlatego też stale odczuwa potrzebę opieki i pomocy (Bradshaw, 1994, s. 208-215).

Zahamowanie rozwoju i traumatyczne doświadczenia znajdują wytłumaczenie w systemowej teorii Murraya Bowena (1976), który kładzie nacisk na odczuwany przez jednostkę dylemat pomiędzy bezpieczeństwem a rozwojem. Urazowe dzieciństwo w

⁸ Literacki obraz podobnej sytuacji zawarł Marek Hłasko we fragmencie swego opowiadania pt. *Pętla*: „...Tak zawsze jest, jeżeli kobieta zacznie się opiekować pijakiem, którego kocha. Taka miłość jest złą miłością. Wiem, czym to się kończy. [...] Sam miałem kiedyś taką, która mnie kochała. Chodziła za mną, tłumaczyła mi, mówiła, płakała, wrywała butelkę, kontrolowała mnie. Co drugi dzień stawiała mi ultimatum: albo wódka, albo ona; albo przestanę pić, albo się rozchodzimy. Zrywała ze mną, odchodziła, nienawidziłem jej, potem wracała, gdyż bała się, że zrobię sobie coś złego. Potem znów odchodziła, ludzie ją namawiali, żeby zerwała ze mną...”. (Hłasko, 2001, s. 157).

dysfunkcyjnej rodzinie pochodzenia, która nie gwarantuje poczucia bezpieczeństwa jest podłożem rozwoju neurotycznych tendencji do zachowania stagnacji będącej iluzją bezpieczeństwa. Nasila również niepokój o utrzymanie równowagi między indywidualizacją a wspólnotą. Jednym ze sposobów redukcji indywidualnego i rodzinnego lęku jest zjawisko triangulacji.⁹ Na powstawanie trójkątów w rodzinie najbardziej narażone są dzieci najstarsze. Niedojrzali rodzice, o niskim poziomie zróżnicowania, a więc bez odpowiedniego poziomu poczucia wspólnoty z innymi, przy jednoczesnym rozsądnym zachowaniu granic i dystansu „wybierają” na przedmiot swojej szczególnej troski najstarsze dzieci, niekoniecznie najmłodsze. Zachodzi wówczas mechanizm projekcji rodzinnej, co oznacza, iż niezróżnicowani rodzice w wyniku powstania trójkąta matka – ojciec – dziecko przekazują niezróżnicowanie następnemu pokoleniu. Szczególnie narażone na triangulację są dzieci pierworodne, pierworodne z zaburzeniami płci, dzieci z defektami, urodzone w czasie rodzinnych kryzysów oraz najmłodsze. Dziecko objęte triangulacją w małym stopniu chce się różnicować od innych dzieci, woli również być mocno zależne od aprobaty i emocjonalnej synergii z rodzicami. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż dziecko takie w przyszłości będzie wysoce podatne na rozwój współuzależnienia (Bowen, 1976; za: Margasiński, 2010, s. 122).

Zdaniem Bradshawa (1994) kolejną cechą charakteryzującą osobę współuzależnioną jest brak kontaktu ze swoim ciałem. Osoba współuzależniona stosuje mechanizm obronny rozszczepienia, co oznacza, że nie pamięta bolesnych doświadczeń z dzieciństwa. Zdarza się, że nie pamięta osób, z którymi łączyła ją bliska relacja w przeszłości. Tęskni za ciepłem rodzicielskim i akceptacją. Ma wyolbrzymioną potrzebę uznania ze strony innych osób. Tęskni za doskonałym związkiem, ale dobiera sobie niedostępnych emocjonalnie partnerów, podobnych do swoich rodziców i próbuje sprawić, by ją pokochali. Odczuwa lęk przed bliskością w relacjach intymnych. Myli bliskość z uległością, a intymność ze złaniem się. Ma potrzebę przeżywania intensywnych emocji w relacjach z płcią przeciwną. Osoby miłe, godne zaufania, stabilne emocjonalnie są przez nią postrzegane jako nudne. Nawiazuje więc relacje z partnerami uwodzającymi, o tendencjach psychopatycznych. Jest gotowa poświęcić się dla partnera. Obawia się urazić inne osoby (tamże, s. 208-215).

⁹ Poglądy Bowena (1976) korespondują z teorią Fromma (1970) i Masłowa (1964). Zdaniem Bowena ukierunkowanie na rozwój może nastąpić tylko wtedy, gdy jednostka ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa. Zdaniem Fromma zdecydowanie się na rozwój, czyli na nieznaną może grozić ponowną utratą poczucia bezpieczeństwa. Masłow uważa natomiast, iż zapewnione poczucie bezpieczeństwa w pierwszym okresie rozwojowym czyni jednostkę odporną na jego brak w późniejszych okresach życia. Według Bowena średni poziom chronicznego niepokoju nasila się paralelnie do poziomu zróżnicowania jednostki, a więc do zdolności utrzymania równowagi między indywidualizacją a wspólnotą. Konflikt między tymi siłami wyznacza natężenie odczuwanego niepokoju oraz automatycznie uruchamia mechanizmy redukujące niepokój. Mechanizmy redukcji niepokoju polegają m. in. na tworzeniu emocjonalnego dystansu, rezygnacji z części własnego Ja na rzecz akomodacji cudzego niepokoju oraz na triangulacji, co z jednej strony przyczynia się do utrzymania homeostazy w systemie, z drugiej zaś prowadzi do powstawania pseudo-ja, w którym dominują poglądy i wartości innych, a nie własne (Margasiński, 2010, s. 122).

Przechowuje tajemnice swojej rodziny pochodzenia. Nie dzieli się z innymi swoją trudną sytuacją z dzieciństwa. Pomimo dorosłości, nadal jest pod wpływem transu rodzinnego, co oznacza, że wciąż pełni role, znamienne dla swojego systemu rodziny pochodzenia. Ukrywa wiele sekretów związanych z własnym życiem, również tych, które odnoszą się do seksualnej sfery jej życia. Miewa trudności w komunikacji niemal w każdej relacji, w której się znajduje. Bez względu na intencje, efektem jej komunikacji interpersonalnej przeważnie jest konflikt i zamieszanie. Snuje marzenia o uczestnictwie w życiu. Jest wycofana. Boi się ryzyka. Jest mało spontaniczna. Rzadko czuje się w pełni usatysfakcjonowana. Ma poczucie braku przynależności. Przejawia aktywne zachowania kompulsywne (tamże, s. 208-215).

Cechuje ją niezdolność do efektywnego rozwiązywania konfliktów, zależność od innych w zakresie utrzymania i poczucia bezpieczeństwa oraz ambiwalencja postawy w stosunkach interpersonalnych (Loughead, Spurlock i Yuan-yu ting, 1998, za: Margasiński, 2010, s. 114).

W działaniu wciąż powiela destrukcyjne sposoby chronienia swoich wewnętrznych ran, które w rzeczywistości odnawiają je. Ma niewyraźną granicę między normą a patologią, dlatego jest w stanie tolerować zło. Nie posiada własnej wyodrębnionej tożsamości. Jej poczucie własnej wartości zależy od sukcesu lub porażki osoby, od której się uzależnia. Związek z partnerem warunkuje poczucie sensu jej życia. Czuje się odpowiedzialna za szczęście drugiej osoby. Formułuje nierealistyczne oczekiwania wobec siebie i innych osób. Ma przesadne i wyolbrzymione wyobrażenie o sobie. Katastrofizuje, fantazjuje i wyolbrzymia powagę decyzji i zdarzeń. Ma trudność w zaufaniu drugiej osobie. Zorientowana jest na świecie zewnętrznym, będąc przekonaną, że wartość osobowa i szczęście leżą na zewnątrz jednostki. Odczuwa pustkę duchową, gdyż brak jej świadomości swojego życia wewnętrznego (Bradshaw, 1994, s. 208-215).

Uzależnienie interpersonalne negatywnie wpływa również na relację rodzic – dziecko. Dysfunkcjonalność opieki rodzicielskiej uwidacznia się w niezdolności rodzica do okazywania dziecku szacunku oraz w niemożności powstrzymania się od naruszania jego granic. Współuzależniony rodzic nie uznaje prawa dziecka do posiadania własnej rzeczywistości i niedoskonałości. Jest niezdolny do otaczania swojego dziecka właściwą opieką i do nauczenia go skutecznego, i bez ranienia innych sposobu zaspokajania swoich potrzeb i pragnień. Współuzależniony rodzic nie zapewnia swoim dzieciom ustabilizowanego środowiska rozwoju (Mellody, 2008, s. 160).

Uzależnienie interpersonalne dotyczy najczęściej kobiet, jednakże nie każda żona uzależnionego partnera boryka się ze współuzależnieniem. Część z nich potrafi radzić sobie z uzależnieniem męża i nie szuka wsparcia terapeutycznego. Zależy to od predyspozycji osobowościowych, stopnia nasilenia stresu oraz od możliwości uzyskania wsparcia w najbliższym otoczeniu (Woronowicz, 2009, s. 330).

Niejednokrotnie osoba współuzależniona, żyjąca w związku z uzależnionym partnerem doświadcza z jego strony przemocy fizycznej i psychicznej, ale pomimo tego, nie potrafi odejść (Beattie, 1994).

Wyjaśnieniem pozostania kobiety w związku, pomimo przejawianej przez partnera przemocy są dwa argumenty, prezentowane przez izraelskie uczone Adital Ben-Ari, Zeev Winstok i Zvi Eisikovits (2003). Pierwszy argument to „pozostanie z wyboru” (*choosing to stay*). Drugi zaś to „udaremnione odejście” (*prevented from living*). Pozostanie z partnerem, który bije i upokarza, a jednocześnie nierzadko jest

uzależniony, może się zatem dokonać w dwojaki sposób: albo jako dowód wyboru, odzwierciedlający różne poziomy wolności, albo jako przejaw przymusu i pułapki (tamże, s. 539).

Odejście jest udaremnione bezradnością kobiety, brakiem umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poczuciem wstydu i samotności, lękiem przed mężczyzną, który grozi kobiecie eskalacją przemocy, jeśli będzie usiłowała go opuścić, a także normami i wartościami, jakie wyznaje kobieta. Społeczeństwo w głównej mierze konstruuje patriarchalne wymagania roli kobiety i mężczyzny. Kobieta nie chce rozwodzić się z mężem, z którym związana jest sakramentem. Nie chce też pozbawiać swoich dzieci kontaktu z ojcem. Ponadto czuje się od niego zależna finansowo i nie posiada alternatywnego miejsca zamieszkania w sytuacji odejścia z domu. „Pozostanie z wyboru” ilustruje poczucie kontroli kobiety nad związkiem oraz możliwość manipulowania psychicznym i fizycznym (przestrzennym) dystansem wobec partnera w domu. Czyni ją aktywnym i odpowiedzialnym uczestnikiem relacji, na którą dobrowolnie się zgadza (tamże, s. 539-546).

Inna argumentacja dowodzi, iż kobieta maltretowana nie zostaje ze swoim partnerem z własnego wyboru. Podobnie jak w powyżej prezentowanym podejściu, kobieta jest uwięziona w pułapkę toksycznych, opartych na przemocy relacji z partnerem. Pułapka jest jednak elementem szerszego zjawiska, jakim jest złożona wiktyimizacja. Zjawisko złożonej wiktyimizacji oznacza, iż kobieta została uwięziona w pułapkę nie tylko przez przemocowego, często uzależnionego partnera, ale również przez niewrażliwe, patriarchalne społeczeństwo, które narzuca kobiecie tradycyjną rolę podporządkowanej i uległej żony; przez wadliwy system zinstytucjonalizowanych służb pomocy społecznej, w tym również policję, kler, służbę zdrowia oraz przez prawo, które nie stoi po stronie ofiary. Sytuacja kobiety uwikłanej w toksyczną relację z mężczyzną spowodowana jest także jej słabszą pozycją ekonomiczną, tj. brakiem pracy, brakiem wykształcenia lub odpowiednich kwalifikacji do podjęcia pracy, co jest przyczyną finansowej zależności od partnera i dodatkowo utrudnia podjęcie decyzji o rozstaniu. Kolejną przyczyną trwania w związku jest postępująca izolacja społeczna kobiety oraz brak wsparcia ze strony rodziny i znajomych. W przypadku toksycznej relacji rola sieci oparcia społecznego jest niezwykle istotna, gdyż gwarantuje kobiecie nie tylko wsparcie emocjonalne, ale również konkretną pomoc materialną (Rothenberg, 2003, s. 774-776).

Częstą przyczyną trwania w toksycznym związku jest zjawisko „syndromu kobiety maltretowanej”, który zawiera w sobie trzy podstawowe elementy, blokujące kobiecie uwolnienie się z relacji. Są to: wyuczona bezradność (*learned helplessness*), cykl przemocy (*cycle of violence*) oraz psychologiczne problemy kobiety takie, jak: bierność, uległość, depresja, wszechogarniający lęk oraz niskie poczucie własnej wartości (Walker, 1979, za: Rothenberg, 2003, s. 776).

Syndrom wyuczonej bezradności to zespół zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych powstałych w wyniku długotrwałego doświadczenia braku rozwiązywania trudnej sytuacji, pomimo podejmowanych wysiłków (Ryś, 2008a, s. 71).

Leonore Walker (1979) wskazuje na trzy stadia *błédnego koła* przemocy, które powoduje, że kobieta nie jest w stanie podjąć decyzji o rozstaniu:

- 1) Pierwsze stadium to narastające napięcie, w którym agresor ujawnia swoją wrogość, ale nie demonstruje jeszcze bezpośredniego aktu przemocy. Kobieta zaś stara się załagodzić sytuację, zjednać sobie partnera i odwrócić kierunek jego gniewu. Pomimo podejmowanych przez nią prób rozwiązania konfliktu, agresywność partnera nadal rośnie.
- 2) Drugie stadium to ostry atak gwałtownej agresji i rozładowania złości. Kobieta jest dotkliwie raniona fizycznie i psychicznie.
- 3) Trzecie stadium to tzw. „miodowy miesiąc”, czyli przejawy skruchy i prośby o przebaczenie ze strony agresywnego partnera. Mężczyzna przekonuje kobietę o swojej miłości do niej, kupuje jej kwiaty, prezenty. Zachowuje się tak, jakby nie było aktu przemocy. Ten etap obrazuje zjawisko pułapki, w którą uwięziona jest kobieta, gdyż zaczyna ona wierzyć, że partner się zmienił, zrozumiał swój błąd, a przemoc była jednostkowym incydentem. Wkrótce rozpoczyna się jednak stadium narastania napięcia oraz aktu agresji i cały cykl się powtarza. Etap „miodowego miesiąca” demobilizuje kobietę do podjęcia konstruktywnej zmiany, a sprawcę napawa poczuciem bezkarności (Walker, 1979, za: Rothenberg, 2003, s. 777).

U osób uzależnionych interpersonalnie doświadczających przemocy może wystąpić także tzw. „syndrom sztokholmski”, a więc charakterystyczna więź między ofiarą a jej agresorem, polegająca na identyfikacji ofiary ze światem agresora i fascynacji jego osobą. Jest to specyficzny stan psychiczny ofiary, który wyraża się odczuwaniem sympatii i solidarności z agresorem. Syndrom jest skutkiem psychologicznych reakcji na sytuację silnego stresu. Sytuacja zawiera trzy ważne elementy: ofiara ma świadomość, że jej życie zależy od agresora; nie ma kontaktu ze środowiskiem zewnętrznym; a zachowanie napastnika postrzega jako nacechowane uprzejmością (Ryś, 2008a, s. 72).

Pomimo wielu pejoratywnych aspektów życia w diadzie: uzależniony – współuzależniony, partnerzy trwają w takim związku przez wiele lat, a nawet do końca życia (Ryś, 2008a, s. 54; por. także: Sztander, 2006b, s. 14).

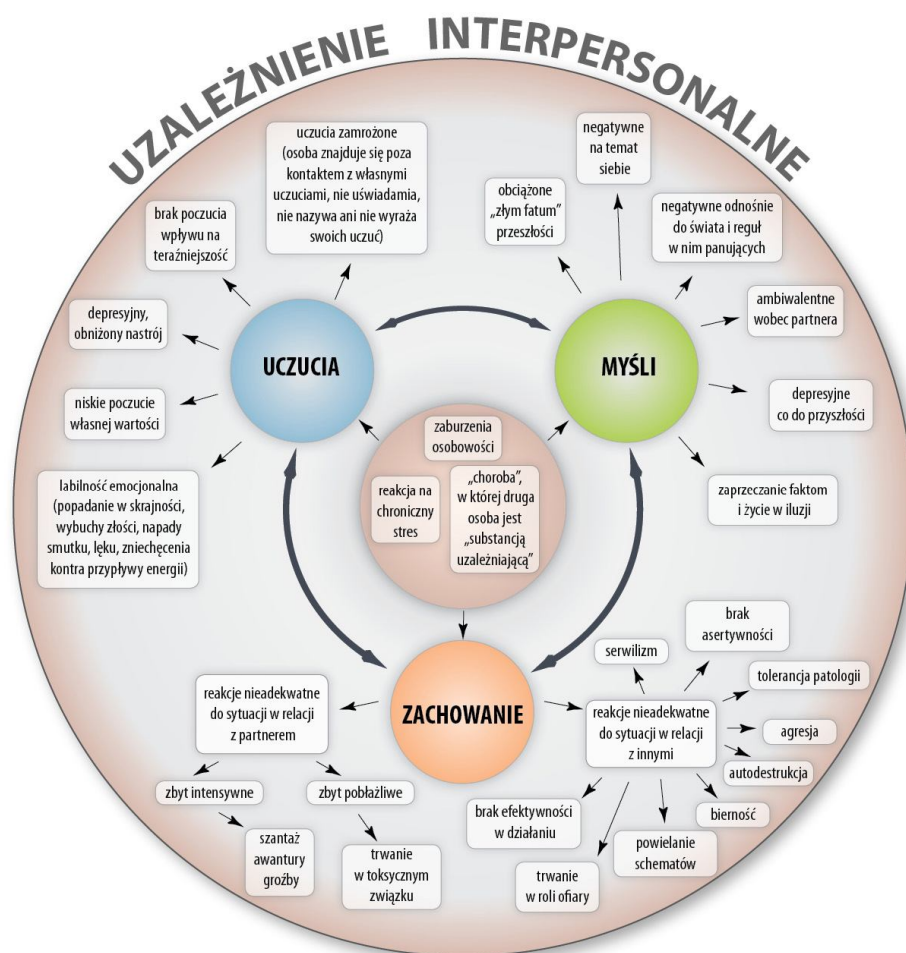
Reasumując, symptomatologia uzależnienia interpersonalnego obejmuje wiele destrukcyjnych cech i mechanizmów, które powstały w psychice współuzależnionej jednostki w wyniku nadużyć z dzieciństwa oraz trwania w toksycznym, stresogennym związku z uzależnionym partnerem. Sytuacja ta, choć poważna i dramatyczna, nie pozostaje jednak bez wyjścia. Uzależnienie interpersonalne nie jest wyrokiem na całe życie. Rozwiązanie przynosi pomoc psychologiczna w formie psychoterapii i/lub grup samopomocy Al-Anon, Al-Ateen, DDA, DDRD. Proces terapeutyczny obejmuje uświadomienie sobie destrukcyjnego działania mechanizmów współuzależnienia, a następnie przełamanie ich i konsekwentne uczenie się nowych, konstruktywnych umiejętności interpersonalnych.

W oparciu o zgromadzoną literaturę przedmiotu oraz własne doświadczenie autorki w pracy z rodzinami jako socjoterapeuta opracowano diagram kołowy (Rys. 3.) ilustrujący zjawisko uzależnienia interpersonalnego. Czytając od centrum koła ku zewnętrznym jego pierścieniom, uzależnienie interpersonalne jest pochodną zaburzeń osobowości, wynikających z wychowywania się w dysfunkcyjnej rodzinie lub też reakcją na permanentny stres, jakim jest życie u boku uzależnionego partnera albo swoistą chorobą, w której *substancją uzależniającą* jest druga osoba. Geneza współuzależnienia obejmuje najczęściej nieprawidłowo ukształtowane relacje w rodzinie pochodzenia. Trzy centralne determinanty tworzą jądro uzależnienia

WOKÓŁ UZALEŻNIEŃ

interpersonalnego. Wpływają na jakość i rodzaj uczuć, myśli, i zachowań współuzależnionej osoby. Uczucia, myśli i zachowania to środkowe kręgi, które wzajemnie na siebie oddziałują. Uczucia współuzależnionej osoby są przeważnie zamrożone, co oznacza, że nie identyfikuje ona swoich uczuć, nie nazywa ich ani nie wyraża.

Rys. 2. Diagram kołowy ilustrujący uzależnienie interpersonalne (opracowanie: Maria Chmielewska)



Zamrożenie uczuć chroni od wewnętrznego cierpienia, lecz jednocześnie całkowicie uniemożliwia kontakt z własnymi przeżyciami, w tym także z pozytywnymi. Systematyczne tłumienie złości udaremnia z kolei skuteczną obronę. Obniżone poczucie własnej wartości, brak poczucia wpływu na to, co się wydarza wokół, obniżony nastrój oraz labilność emocjonalna są składowymi zakłóceń w uczuciowości. Zaburzenia poznawcze uwidaczniają się natomiast w pejoratywnym zabarwieniu myślenia i postrzegania. Zniekształcenia te obejmują: negatywny obraz siebie, świata, czasu i otoczenia, a także ambiwalentny stosunek do partnera i zaprzeczanie faktom na rzecz iluzorycznego *status quo*. Zachowania zaś to głównie dychotomia reakcji nieadekwatnych do sytuacji wobec partnera i innych ludzi. Szantaż, awantury i groźby to zintensyfikowana bezradność wobec uzależnienia partnera. Trwanie w toksycznym związku, pomimo przeżywanego cierpienia, to dramatyczne wspieranie jego nałogu i złudna nadzieja na zdrowie bez terapii. Postawa, w której uwidacznia się brak asertywności, serwilizm z epizodami agresji, autodestrukcja, bierność i stałe powielanie nieefektywnych schematów, a także trwanie w roli ofiary i zgoda na patologię (m.in. zgoda na przemoc), to postawa, która generalnie prezentowana jest zarówno w relacji z bliską osobą, jak i z otoczeniem. Nieadekwatność reakcji wobec partnera obejmuje również wzmożoną kontrolę nad jego zachowaniem, będącą złudzeniem panowania nad całością sytuacji oraz nadmierne współczucie i litowanie się nad jego losem.

2.3. Proces terapeutyczny osoby uzależnionej interpersonalnie

Formą leczenia osoby uzależnionej interpersonalnie jest praca nad przełamaniem mechanizmów oraz symptomów choroby. Proces terapeutyczny zachodzi podczas uczestnictwa w terapii indywidualnej (psychoterapii) lub grupowej (w grupach samopomocy: Al-Anon, Al-Ateen, DDA i DDRD). Proces zdrowienia może również zawierać obie powyższe formy pomocy psychologicznej (Zaworska-Nikoniuk, 2000, s. 386).

Kluczowym dla terapii punktem wyjścia jest spojrzenie na uzależnienie interpersonalne jako na uporczywe i rozpaczliwe realizowanie jedynej możliwej do zaakceptowania wizji egzystencjalnej, tzn. „życia we dwoje”. Taka wizja wyznacza sens i wartość egzystencji kobiety. Warto zaznaczyć, iż kobiety częściej, niż mężczyźni przyjmują taką koncepcję życia. Osoba współuzależniona za wszelką cenę usiłuje zrealizować system wartości głęboko wpisany w strukturę „ja” w okresie dzieciństwa (Sobolewska, 2001, s. 12).

Strategie terapeutyczne uzależnienia interpersonalnego zakładają etapowość pracy oraz coraz głębsze poszukiwanie mechanizmów działających destruktywnie. Pierwszą fazą pomocy osobie współuzależnionej przeważnie jest indywidualny kontakt z psychoterapeutą. Następną fazą procesu leczenia jest kontakt z grupą terapeutyczną lub psychoedukacyjną. Kolejną fazą jest udział w grupie samopomocy. Uczestnictwo w tego typu grupie może również odbywać się równoległe do terapii indywidualnej i grupowej (Kisiel, 2001, s. 16-17).

W grupach samopomocowych proces terapeutyczny uzależnienia interpersonalnego składa się z trzech etapów. Pierwszy etap jest wstępny i oznacza budowanie osobistej mocy. Drugi etap polega na zrozumieniu istoty i konsekwencji choroby. Trzeci zaś, to odbudowa relacji społecznych, zawodowych i rodzinnych. Ostatni

etap zawiera również dbałość o własny rozwój (Zaworska-Nikoniuk, 2000, s. 386).

Konfrontacja w grupie z własną bezsilnością wobec uzależnienia partnera często oznacza dla osoby współuzależnionej bezradność i załamanie się jej pomysłów na poprawę sytuacji. Jednocześnie zmusza do refleksji nad własnym życiem i koncentruje na własnych problemach (Szczepańska, 1996, s. 14; por. także: Dodziuk, 1999, s. 32-47).

Podstawowym kierunkiem pracy z osobami współuzależnionymi jest z jednej strony pomaganie im w wycofywaniu się z kontrolowania zachowań kompulsywnych uzależnionego partnera i łagodzenia konsekwencji jego nieodpowiedzialności, z drugiej zaś, zogniskowanie ich uwagi na własnych problemach i potrzebach. Chociaż praca w tym kierunku jest procesem trudnym i wymagającym rezygnacji z roli ofiary lub oskarżyciela uzależnionego partnera, to jednak prowadzi do bardziej realistycznej oceny własnego życia i daje nadzieję na przyszłość (Szczepańska, 1996, s. 15).

Istnieją zatem dwie drogi dążenia do zdrowego funkcjonowania osoby współuzależnionej. Jedna to droga do wzrostu autonomii osobistej, druga – do separacji od źródeł destrukcji i do pogłębiania więzów z nowym i konstruktywnym układem odniesienia (Mellibruda, 1999, s. 129).

Reasumując, koncepcja terapii uzależnienia interpersonalnego opiera się na założeniach, promujących budowanie poczucia wartości osoby współuzależnionej, jak również wzmacnianie jej samodzielności oraz zaufania własnym zasobom i możliwościom. Kładzie nacisk na spojrzenie z perspektywy prawdy, czyli innymi słowy, na kontakt z rzeczywistością, kosztem fałszywych iluzji i daremnych marzeń. Akcentuje konieczność przełamywania własnego wstydu i wynikającej z niego izolacji społecznej. Wskazuje na potrzebę posiadania wiedzy na temat mechanizmów uzależnienia oraz towarzyszącego mu współuzależnienia oraz na diametralną reorganizację życia emocjonalnego. Oznacza to rezygnację z nieustannego poczucia winy i nadodpowiedzialności na rzecz doświadczenia całej gamy uczuć pojawiających się w codziennym życiu. Terapia jest więc próbą dotarcia do głęboko skrywanych uczuć, nawiązania z nimi kontaktu oraz stopniowego uczenia się ich nazywania i efektywnego wyrażania. Kluczowym jej elementem jest zmiana kierunku koncentracji myśli i działań osoby uzależnionej interpersonalnie z partnera na samą siebie oraz zmiana kierunku zachowań z reaktywnych na proaktywne. Istotą jest modyfikacja destrukcyjnie schematycznego działania oraz myślenia zafiksowanego na imperatywnej wizji życia we dwoje za wszelką cenę. Wizja egzystencji nabiera nowego kształtu, gdyż poczucie tożsamości osoby separuje się od istnienia partnera, a trwanie związku przestaje być życiowym warunkiem *sine qua non*.

Bibliografia

- Adamski, F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny*. Warszawa: PWN.
- Adamski, F. (1985). Duchowość życia małżeńsko rodzinnego. W: F. Adamski, (red.), *Miłość, małżeństwo, rodzina*. Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, s. 183-199.
- AL-ANON Grupy Rodzinne. (1994). *Problemy w małżeństwie z alkoholem*. Al-Anon Family Group Headquarters Inc.
- Beattie, M. (1994). *Koniec współuzależnienia*. Poznań: Media Rodzina.

- Ben-Ari, A., Winstok, Z., Eisikovits, Z. (2003): Choice Within Entrapment and Entrapment Within Choice: The Challenge Facing Battered Women Who Stay. *Families in Society*. 84, 4. Milwaukee, USA: ProQuest Social Science Journals, s. 539-546.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, PTP.
- Braun-Gałkowska, M. (2008). *Psychologia domowa*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (1992). *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna: psychiczne uwarunkowania powodzenia w małżeństwie*. Olsztyn: Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Cierpiątkowska, L. (1998). Współzależnienie – choroba, zaburzenie osobowości, czy wzorzec zachowania? W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*. T. V. Poznań: Wydawnictwo UAM, s. 75-93.
- Cieślak, K. (1989). Polska Wersja Skali G. B. Spaniera służąca do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS). *Przegląd Psychologiczny*. T. XXXII, 4, s. 1042-1049.
- Doniec, R. (2001). *Rodzina wielkiego miasta*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dziewiecki, M. (2000). Red. *Nowe przestanie nadziei*. Warszawa: PARPA.
- Forward, S. (1992). *Toksyczni rodzice*. Warszawa: J. Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Grochola, K. (2008). *Trzepot skrzydeł*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Grochola, K. (2003). Kot mi schudł. W: *Podanie o miłość*. Warszawa: Wyd. Prószyński i S-ka.
- Halpern, H., M. (2009). *Uzależnienie od partnera*. Seria Psychologia. Gliwice: Wydawnictwo HELION.
- Henrich, T. (1987). Marital quality in later years of marriage: an ethnographic approach. A thesis in family studies. Texas Tech University, s. 1-108. Dostępne z dnia: 27.07.2010 <http://etd.lib.ttu.edu/theses/available/etd-0512200931295000162577/unrestricted/31295000162577.pdf>
- Hemflet, R., Minirth, F., Meier, P. (2004). *Miłość to wybór*. Poznań: Wydawnictwo W drodze.
- Hłasko, M. (2001). Pętla. W: *Opowiadania*, Warszawa: Wydawnictwo Da Capo.
- Holmes, J. (2007). *John Bowlby. Teoria przywiązania*. Gdańsk: GWP.
- Jan Paweł II. (2000). *Familiaris Consortio*. Warszawa: Centrum Duszpasterstwa Archidiecezji Warszawskiej.
- Janicka, I., Niebrzydowski, L. (1994). *Psychologia małżeństwa*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Jankowiak, B. (2007). Problematyka jakości i trwałości relacji partnerskich w teorii badaniach. W: *Przegląd Terapeutyczny*. 3, s. 1-25. Dostępne: 14.09.2010: <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/przegląd/03/Jankowiak.pdf>
- Kisiel, M. (2001). *Zajęcia psychoedukacyjne dla współzależnionych*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Kisiel, M. Terapia współzależnienia. Dostępne: 06.03.2009: http://www.terapia.rubikon.net.pl/html/1999/wspol4_d.htm
- Krawczńska, D. (2007). Choroba, zaburzenie osobowości, reakcja na stres, czy...? W poszukiwaniu definicji współzależnienia. *Biuletyn Informacyjny-Problemy Narkomanii*. 4, s. 5-46.
- Laskowski, J. (1987). *Trwałość wspólnoty małżeńskiej: studium socjo-psychologiczne*. Warszawa: OdiSS.
- Lee, G. R. (1988). Marital satisfaction in Later Life: The Effects of Nonmarital Roles. *Journal of the Marriage and the Family*. 50, s. 775 – 783.

- Lewis R. A., Spanier, G. B. (1979). Theorizing about the Quality and Stability of Marriage. W: *Contemporary Theories about the Family Research-Based Theories*. Vol. 1. Red. W. R. Burr et al. New York, s. 276.
- Levinger, G. (1979). A Social Exchange View on the Dissolution. An Integrative Review. W: *Journal of Marriage and the Family*. 27, s. 169-191.
- Majchrzyk-Mikuła, J. (2006). *Konsekwencje związku z osobą uzależnioną od alkoholu: współuzależnienie*. Warszawa: PARPA
- Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mellibruda, J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin. Podsumowanie badań realizowanych w latach 1989-1990. Studia psychologiczne nad funkcjonowaniem osób z problemami alkoholowymi i metodami ich terapii*. Tom II, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Mellody, P. (2008). *Toksyczne związki*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.
- Miklasiewicz, M. (2007). Związek samoświadomości z nadzieją podstawową i stylami radzenia sobie ze stresem u współuzależnionych kobiet będących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii. *Studia Psychologica*, 7, s. 37-62.
- Miller, K., Cichocka, T. (2008). *Bajki rozebrane*. Seria: Psychologia i dusza. Łódź: Wydawnictwo JK.
- Nęcki, Z. (1990). *Wzajemna atrakcyjność*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Norwood, R. (1993). *Kobiety, które kochają za bardzo i ciągle liczą na to, że on się zmieni*. Warszawa: Wydawnictwo Folium.
- Pawlikowska, B. (2008). *W dżungli miłości*. Michałów – Grabina: Wydawnictwo Latarnik.
- Plopa, M. (2008). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pulikowski, J. (2008). *Ewa czuje inaczej*. Poznań: Wydawnictwo Jerozolima.
- Rembowski, J. (1989). *Empatia*. Warszawa: PWN.
- Rogers, S. J., May, D. C. (2003). Spillover Between Marital Quality and Job Satisfaction: Long-Term Patterns and Gender Differences. W: *Journal of the Marriage and the Family*. 65, s. 482-495.
- Rostowski, J. (1986). *Poziom podobieństwa cech osobowości partnerów jako uwarunkowanie dobrego związku małżeńskiego*. Zeszyty Naukowe. Rozprawy i monografie. Nr 74. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Rostowski, J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN
- Rothenberg, B. (2003). We don't have time for social change. Cultural Compromise and the Battered Woman Syndrome. W: *Gender & Society*. 17, 5, s. 771-787.
- Ryś, M. (2008a). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*. Warszawa: PWN.
- Ryś, M. (2008b). *Skala Uzależnienia Interpersonalnego*. Pracownia Testów Psychologicznych, Instytut Psychologii. Warszawa: UKSW.
- Ryś, M. (2005). *Zmodyfikowana Skala Jakości Związku Małżeńskiego*. Pracownia Testów Psychologicznych, Instytut Psychologii. Warszawa: UKSW.
- Ryś, M., Wódz, E. (2003). Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci alkoholików. *Studia Psychologica*. Nr 4. Warszawa: UKSW, s. 107-122.
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*. Warszawa: CMPP-P.
- Ryś, M. (1996). Jakość małżeństwa a komunikowanie się i sposoby rozwiązywania wzajemnych konfliktów. W: *Problemy Rodziny*. Nr 4, s. 5-8.

- Ryś, M. (1994). Jakość i trwałość małżeństwa. Propozycja skali. *Problemy Rodziny*. Nr 4, s. 19-24.
- Sagadyn, L. (1996). Nerwica czy życie z alkoholikiem? *Świat Problemów*, 1/2, s. 17-21.
- Słownik Współczesnego Języka Polskiego* (1996). Dunaj, B. (red.). Warszawa: Wydawnictwo WILGA.
- Słownik Języka Polskiego* (1988). Szymczak, M. (red.). T. 1 i 2. Warszawa: PWN.
- Sobolewska, Z. (2001). Wprowadzenie. W: M. Kisiel, *Zajęcia psychoedukacyjne dla współzależniwych*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP, s. 5-15.
- Sobolewska, Z., Mellibruda, J. (1997). Koncepcje i terapia współzależnienia. *Alkoholizm i Narkomania*, 3/28, s. 24.
- Sujak, E. (1988). *Poradnictwo małżeńskie i rodzinne*. Katowice: Księgarnia Św. Jacka.
- Szczepańska, H. (1996). *Trening asertywności dla współzależniwych*. Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Sztander, W. (2006a). *Poza kontrolą*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. PTP.
- Sztander, W. (2006b). *Pułapka współzależnienia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Sztander, W. Instytut Psychologii Zdrowia. Współzależnienie. Dostępne: 14.01.2009: <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=sloownik&op=spis&id=206>
- Ścibor-Marchocka, M. (2007). *Taniec z gronostajem*. Poznań: Media Rodzina.
- Tokarczyk, E. (1999). Małżeństwo i rodzina w świetle prawa. W: K. Ostrowska, M. Ryś (red.), *Wychowanie do życia w rodzinie*. Warszawa: CMPP-P MEN, s. 72-99.
- Trawińska, M. (1997). *Bariery małżeńskiego sukcesu*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Turowski J. (1960). Sytuacja małżeństwa w Polsce i na świecie. W: *Znak*. Nr 77, s. 3-45.
- Tyszka, Z. (1993). Rodzina. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna*. Warszawa: Fundacja Innowacja, s. 253-262.
- Wesołowska, A., Wasilewska-Śpioch A. (2004). *Buty mojego męża*. Poznań: Media Rodzina.
- Wiśłocka, M. (1985). *Sztuka kochania*. Warszawa: Wydawnictwo Iskry.
- Wobiz, A. (2001). *Współzależnienie w rodzinie alkoholowej*. Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Woititz, J. G. (1994). *Małżeństwo na lodzie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.
- Wojciszke, B. (2005). *Psychologia Miłości*. Gdańsk: GWP.
- Woronowicz, B. T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
- Współzależnienie. Instytut Psychologii Zdrowia. Dostępne: 14.01.2009: <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=sloownik&op=spis&id=206>.
- Vedfelt, O. (2004). *Kobiecość w mężczyźnie*. Seria: Biblioteka jungowska. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Zarembowie, A. i B. (2007). *Szkoła miłości*. Lublin: Wydawnictwo Gaudium.
- Zaworska-Nikoniuk, D. (2000). Zjawisko współzależnienia w rodzinie. W: A. Margasiński, B. Zajęcka, (red.) *Psychopatologia i psychoprofilaktyka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Zienkiewicz, A. (1988). *Miłości trzeba się uczyć*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Ziemska, M. (1975). *Rodzina a osobowość*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Zubrzycka-Nowak, M., Czym jest uzależnienie od drugiej osoby? Dostępne: 25.01.2008: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=111>