

Dr Maria Jankowska  
*Akademia Pedagogiki Specjalnej*  
Warszawa

## **Podejmowanie odpowiedzialności za męża i kontrola jego zachowań oraz obniżone poczucie własnej wartości a rodzaje agresywności i poczucie winy u żon alkoholików**

Współuzależnienie jest to stan, w którym znajduje się osoba żyjąca w bliskim kontakcie z uzależnionym, a wyraża się on w zakłóceniach normalnego funkcjonowania jednostki. Zakłócenia te wynikają z nadmiernej koncentracji na potrzebach uzależnionego, przejmowaniu odpowiedzialności za jego poczynania i kontrolowaniu tego co się z nim dzieje. Współuzależnienie zaczyna się od momentu, gdy żona alkoholika zaczyna rezygnować z kierowania własnym życiem, z indywidualnego rozwoju na rzecz zajmowania się swoim mężem alkoholikiem (Sagadyn 1996, s. 17). Problemy w codziennym życiu i coraz bardziej zaburzone relacje ze współmałżonkiem, niepowodzenia w kierowaniu nim i niemożność poradzenia sobie z tym przez żony alkoholików powoduje, że obniża się jeszcze bardziej ich na ogół już niskie poczucie własnej wartości. Wpływa to na ich postrzeganie samych siebie, swojej sytuacji życiowej i sposoby funkcjonowania w relacji z uzależnionym od alkoholu mężem i z innymi ludźmi. Funkcjonowanie na co dzień z osobą uzależnioną od alkoholu, na którą coraz mniej można liczyć w sprawowaniu codziennych obowiązków małżeńskich i rodzinnych, wywołuje szereg negatywnych stanów emocjonalnych, wyrażających się różnymi formami agresywności.

Celem artykułu jest opisanie pojęcia i najważniejszych mechanizmów współuzależnienia, a także przedstawienie wyników badań dotyczących związków pomiędzy podejmowaniem przez żony alkoholików odpowiedzialności za uczucia i działania męża i kontroli jego zachowań oraz obniżonego poczucia ich własnej wartości a występowaniem objawów agresywności i poczucia winy.

## 1. Pojęcie i koncepcje współuzależnienia

W latach siedemdziesiątych pojęcie współuzależnienia pojawiło się w ośrodkach leczenia uzależnień, kiedy to narkomanię i alkoholizm zaczęto uważać jako uzależnienie od środków chemicznych. Stąd początkowo używano go do opisywania osób będących w związku z osobą uzależnioną od środków chemicznych, które wytworzyły sobie pewien sposób radzenia sobie z trudnościami. Jednakże pojęcie współuzależnienia jest trudne do zdefiniowania i choć wielu psychologów, psychiatrów podjęło się jego wyjaśnienia, to jednak nie ma jednoznacznej definicji (Cierpiałkowska, 1997, s. 18n).

Najczęściej przyjmuje się, że współuzależnienie jest to wielowymiarowy stan obejmujący sferę fizyczną, umysłową, emocjonalno-uczuciową i duchową człowieka, który wyraża się w zaburzeniach jego funkcjonowania spowodowany koncentracją na potrzebach i zachowaniach innych osób. W najszerszym znaczeniu współuzależnienie można zdefiniować jako uzależnienie od ludzi, zachowań bądź rzeczy. Charakteryzuje je fałszywe przekonanie, że można kontrolować wewnętrzne uczucia poprzez kontrolę innych ludzi, rzeczy oraz wydarzeń (Hemfelt, Meier, Minirth, 2004, s. 12, za: Ryś, 2014, s. 30).

Według J. Mellibrudy i H. Szczepańskiej (1989a) współuzależnienie od osoby uzależnionej traktuje się jako specyficzną formę uzależnienia się zarówno od tej osoby, jak i jej problemu dotyczącego nadużywania alkoholu. Stan ten cechuje koncentracja myśli, uczuć i zachowań wokół osoby pijącej, odczuwanie konieczności kontrolowania jej zachowań, posiadanie nadziei na utrzymywanie bezpiecznych rozmiarów picia, a także usztywnienia i ograniczenia różnorodności zachowań i reakcji związanych z piciem (tamże, s. 30).

Długotrwałe współzycie w rodzinie z osobą uzależnioną jest zarówno źródłem cierpień i zaburzeń emocjonalnych jak i też wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia somatycznego. Według M. Kisiel (2001, s. 16) to taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współzycia z alkoholikiem, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację. Osoba współuzależniona wprowadza zmiany, zmierzające jej zdaniem do poprawy sytuacji jednak to, co robi sytuację tę jedynie pogarsza i utrwala. Szukając z niej wyjścia koncentruje się na problemie: *Co ja mam zrobić, aby on przestał pić?*, a więc na problemie alkoholika, a nie na własnym życiu i własnych potrzebach, z których sobie na ogół nie zdaje sprawy. Stąd zmiany, które wprowadza

stają się najczęściej sposobami przystosowania się do destrukcyjnego związku, wzmacniają destrukcję jej samej i alkoholika, a w konsekwencji uniemożliwiają rozwiązanie problemu.

Współuzależnienie jest zatem obsesyjną koncentracją na alkoholizmie bliskiej osoby, która prowadzi do zaniedbywania własnych potrzeb, rozchwiania emocjonalnego i wielkiego cierpienia. Zdaniem H. Szczepańskiej (1996, s. 6) sytuacja żony osoby uzależnionej jest na tyle skomplikowana, iż nierzadko nie podejmuje właściwych zabezpieczających zarówno ją jak i alkoholika działań, a wręcz wywołuje wiele napięć i obciążeń żony w sytuacji nasilającego się picia męża, co jest konsekwencją stosowanych przez nią strategii radzenia sobie w tej sytuacji.

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Narastanie problemu alkoholowego skłania niepijących członków rodziny do szukania sposobów pozwalających im przetrwać w sytuacji permanentnego stresu, braku poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji, niemożności zaspokojenia elementarnych potrzeb psychologicznych, a często również biologicznych. Osoba pijąca z biegiem czasu coraz silniej koncentruje się na alkoholu, wycofuje się z pełnienia ról życiowych, w tym przede wszystkim małżeńskich i rodzicielskich. W miarę postępującego alkoholizmu przestaje nawet interesować się swoimi bliskimi, a często wymaga opieki i obsługi. Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu jest współuzależnienie. W literaturze dotyczącej współuzależnienia wyróżnia się trzy podstawowe koncepcje wyjaśniające to zjawisko: pierwsza traktuje je jako chorobę, druga jako zaburzenie osobowości a trzecia jako swoistą adaptację do chronicznego przebywania w sytuacji stresowej.

### **1.1. Współuzależnienie jako choroba**

Pierwsze podejście opisuje współuzależnienie w kontekście choroby, która rozwija się w odpowiedzi na „konieczność wspólnego życia z uzależnionym partnerem” (Ryś 2007, s. 44). Według J. G. Woititz współuzależnienie to lustrzane odbicie choroby alkoholowej, gdyż wiele cech osobowości współuzależnionych przypomina cechy samego uzależnionego. Autorka przyjmuje założenie, że alkoholik uzależniony jest od alkoholu, zaś żona uzależniona jest od osoby i sytuacji alkoholika. Do typowych symptomów współuzależnienia Woititz (1989, s. 25) zalicza: nadopiekuńczość, stały wewnętrzny niepokój, koncentrowanie całej uwagi

na alkoholiku, zakłopotanie, ciągle poczucie winy, obsesyjne - stałe zamartwianie się o męża alkoholika, brak stabilności emocjonalnej, poczucie krzywdy, rozpacz, kłamstwa, fałszywe nadzieje, rozczarowanie, zamęt, złość, problemy seksualne, poczucie beznadziejności. Głównym mechanizmem wpływającym na rozwój i trwanie choroby jest zaprzeczanie chorobie męża, własnym trudnościami, podobnie jak on zaprzecza swoim problemom życiowym i nadużywaniem alkoholu.

M. Beattie (1987) również postrzega zjawisko współuzależnienia przez pryzmat choroby, jednakże uważa, że jego symptomy mogą pojawić się w każdym destrukcyjnym związku, w którym występuje jakiekolwiek uzależnienie jednego z jej członków. Może więc wystąpić oprócz rodzin z problemem alkoholowym także w rodzinach dotkniętych hazardem, seksologizmem, pracoholizmem, uzależnieniem od leków lub jedzenia. Według M. Beattie (tamże, s 53) „współuzależnioną jest taka osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby”.

A. Wobiz (2001, s. 21), również traktuje współuzależnienie jako chorobę lub zespół zaburzeń o podłożu psychicznym. Zdaniem autorki współuzależnienie to choroba, w której życie emocjonalne człowieka ulega degradacji, a on sam traci zdolność do utrzymywania zdrowych relacji z drugą osobą opartych na partnerstwie i poszanowaniu, a także traci umiejętność prawidłowego rozpoznawania współodpowiedzialności za jakość związku i odpowiedzialności za siebie, swoje myśli, uczucia i zachowania. Osoba współuzależniona za swoje stany emocjonalne obarcza partnera, a z drugiej strony przejmuje odpowiedzialność za jego myśli, uczucia i zachowania. Według A. Wobiz (tamże) owo współuzależnienie przejawia się postępującą rezygnacją z siebie i z własnych potrzeb na rzecz drugiej osoby oraz poczuciem coraz większego uwikłania, które uniemożliwia pozytywną zmianę sytuacji oraz zerwania niszczącego związku. Współuzależnienie to choroba postępująca, prowadząca do zaburzeń psychicznych, do fizycznego i psychicznego wyczerpania organizmu człowieka, a niekiedy nawet do śmierci.

## **1.2. Współuzależnienie jako zaburzenie osobowości**

T.L. Cermak jako jeden z pierwszych opowiedział się za ujęciem terminu współuzależnienia jako zaburzenie osobowości (za: Margasiński 2000, s. 31).

Zdaniem T.L. Cermaka w zaburzeniu tym występują następujące charakterystyczne symptomy:

- uzależnienie własnej samooceny od umiejętności kontrolowania siebie i innych w sytuacji zagrożenia;
- branie na siebie odpowiedzialności za zaspokojenie potrzeb innych, nawet kosztem niezaspokojenia własnych;
- lęk i problemy z wyznaczaniem granicy między zbliżaniem a zachowaniem dystansu w relacjach;
- tendencja do wchodzenia w bliskie związki z osobami przejawiającymi zaburzenia osobowości, uzależnionymi lub współuzależnionymi oraz przejawiającymi zaburzenia popędów;
- rozbudowany system zaprzeczeń;
- niedojrzałość emocjonalna wyrażająca się w tłumieniu uczuć, z tendencją do depresji, stanów lękowych;
- zaburzenia psychosomatyczne związane ze stresem oraz tendencja do nadużywania substancji psychoaktywnych;
- powtarzające się epizody dotyczące doświadczeń przemocy fizycznej lub nadużyć seksualnych;
- pozostawanie w bliskich związkach z osobą uzależnioną bez próby szukania pomocy z zewnątrz (za: Ryś, 2014, s. 32).

Koncepcja współuzależnienia jako zaburzenia osobowości zakłada, że żony alkoholików mają już wcześniej ukształtowany pewien sztywny układ cech osobowości, które powstały na skutek wzrastania w dysfunkcyjnej rodzinie pochodzenia i są one pierwotne w stosunku do dysfunkcji związanych z chorobą alkoholową współmałżonka. Według T. Millona (Millon, Davis, 2005) zaburzenie osobowości u osób współuzależnionych polega na ukształtowaniu osobowości zależnej, która cechuje się uległością, pasywnością i brakiem samodzielności, tendencją do podporządkowywania się, nastawieniem pojednawczym, unikaniem konfliktów i współzawodnictwa, skłonnością do poświęceń, brakiem wiary w siebie, niskim poczuciem swojej wartości, nieumiejętnością radzenia sobie w relacjach interpersonalnych (tamże).

P. Mellody (1993) wskazuje na bardzo ścisły związek występowania współuzależnienia ze wzrastaniem w rodzinie dysfunkcyjnej. Jej zdaniem w rodzinie takiej warunki życia wpłynęły na ukształtowanie się nieprawidłowych cech osobowości i zaburzenia granic w systemie rodzinnym, co w efekcie mogło

doprowadzić do możliwości pojawienia się współuzależnienia w późniejszych relacjach tak wychowanej osoby. P. Mellody (tamże, s. 21-63). wyróżnia następujące cechy charakterystyczne dla osób wychowywanych w rodzinie dysfunkcyjnej prowadzącej do współuzależnienia:

- Trudności w doznawaniu poczucia własnej wartości, czyli nieumiejętności właściwej miłości do samego siebie;
- Trudności w wytyczaniu granic między sobą, a innymi ludźmi, czyli nieumiejętności chronienia własnej osoby;
- Trudności we właściwym poznaniu obiektywnej prawdy o sobie, czyli określeniu "kim jestem" i w jaki sposób jestem w stanie dzielić się sobą z innymi;
- Trudności we właściwym adresowaniu swoich dorosłych potrzeb i pragnień, czyli nieumiejętności troszczenia się o siebie;
- Trudności w doświadczaniu i wyrażaniu obiektywnej prawdy o sobie, czyli nieumiejętności we właściwym przeżywaniu swojego wieku i różnych zewnętrznych okoliczności.

J. Bradshaw (1994, s. 199) także traktuje współuzależnienia jako zespół sztywnych cech osobowości, które powstały w dzieciństwie na skutek wychowania w dysfunkcyjnej rodzinie, zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie będącym rezultatem zaniedbania. Zinternalizowany wstyd jest zasadą organizującą wszystkie rodziny dysfunkcyjne i stąd pojęcie współuzależnienia rozszerza na wszystkie osoby żyjące w rodzinach dysfunkcyjnych. Autor za główne cechy osoby współuzależnionej uważa sterowanie z zewnątrz oraz brak własnej autonomii. Kluczowe znaczenie ma odczuwanie bezsilności i nieumiejętność kierowania własnym życiem. Twierdzi, że u podstaw współuzależnienia tkwi utrata własnej osobowości i życia wewnętrznego. Osoba współuzależniona traci swój własny sposób odbierania rzeczywistości, szuka szczęścia, dobrego samopoczucia oraz samoakceptacji na zewnątrz, poza nią samą (tamże, s. 27).

S. Wegscheider-Cruse (2000, s. 237n) także uważa współuzależnienia jako zaburzenie osobowości. Opisuje go jako „specyficzny stan, który charakteryzuje się skrajnym zaabsorbowaniem i zależnością od innej osoby, działania, grupy, idei lub substancji”. Jest to uzależnienie emocjonalne, społeczne i niekiedy fizyczne. Współuzależnienie jest ciągiem przewidywalnych zachowań, które prowadzą do zniewolenia i cierpienia emocjonalnego. Autorka wymienia etapy (przywiązanie i

zaprzeczanie; lęk; paraliż emocjonalny; zablokowanie emocjonalne i uznanie własnej bezsilności; alienacja, które pozwalają na rozpoznanie współuzależnienia.

R. Norwood (2004) uważa, że osoby współuzależnione w dzieciństwie doznały traumatycznych przeżyć oraz cierpień, które w późniejszych związkach nieświadomie odtwarzają i na nowo przeżywają. Ponadto osoby te mają tendencje do wchodzenia w „chore” relacje. Autorka uważa, że kobiety są bardziej podatne na współuzależnienie i nazywa ich „kochającymi za bardzo”. Kochają one innych w desperacki sposób, ponieważ boją się samotności, opuszczenia, zlekceważenia, bycia niekochaną, niedocenianą i niepotrzebną. Zaburzenie polega na tym, że osoby współuzależnione nie dbają o swoją integrację psychiczną, starają się zmieniać uczucia i postawy innych za pomocą manipulacji. W relacjach są nadopiekuńcze, biorą za wszystko odpowiedzialność i obwiniają siebie za to, co jest nieprawidłowe w zachowaniu i funkcjonowaniu partnera. Współuzależnione żony alkoholików nie potrafią zerwać niszczącego ich związku, nie potrafią odejść od męża, pomimo, iż wielokrotnie zdają sobie sprawę, że ma to negatywne konsekwencje dla ich zdrowia fizycznego i psychicznego, a także dla ich bliskich (tamże, s. 9n).

Zdaniem W. Sztander (1999) istotnymi aspektami, przyczyniającymi się do powstawania problemu współuzależnienia są właściwości przystosowawcze i osobowościowe jednostki. Autorka uważa, że współuzależnienie to nie choroba, tylko „nadmierna sztywność myślenia i działania, powstała w wyniku niesprzyjających doświadczeń życiowych (o wiele wcześniejszych niż małżeństwo z alkoholikiem) utwierdzona w życiu z osobą uzależnioną, sztywność uniemożliwiająca korzystne i skuteczne rozwiązywanie trudności własnych i swojej rodziny” (tamże, s. 38-39).

A. Margasiński (2000, s. 34) analizuje symptomy współuzależnienia jako neurotycznego zaburzenia osobowości, które charakteryzuje się nadmiernym uwikłaniem emocjonalnym wynikającym z życia „w orbicie drugiej osoby”. To nadmierne uwikłanie emocjonalne przynosi osobie współuzależnionej szkody emocjonalne, zdrowotne, rodzinne i społeczne.

Osoby współuzależnione spełniają na ogół kryteria osobowości neurotycznej opisywanej przez K. Horney i przejawiają następujące cechy:

- nadmierną zależność emocjonalną od uczucia oraz od aprobaty ze strony innych osób;
- nadmierne troszczenie się i chęć pomocy innym wynikające z kompulsywności;

- wewnętrzny brak poczucia bezpieczeństwa, który ujawnia się w postaci poczucia niższości i poczucia nieadekwatności w różnych postaciach;
- wyraźne zahamowania, które ujawniają się zarówno do oddziaływań zewnętrznych, jak i wewnętrznych związanych z własnymi potrzebami;
- przejawy agresji, które manifestują się w dwojaki sposób: może to być agresja bezpośrednia, dominacja, krytykowanie, wydawanie rozkazów, ubliżanie, stawianie nadmiernych wymagań itp., ale także przyjmowanie postawy osoby poniżanej, wykorzystywanej, trwającej w przekonaniu, że musi się bronić, bo wszyscy sprzyśegli się przeciwko niej;
- zaburzenia sfery seksualnej – silne pragnienie kontaktów seksualnych z jednoczesnym zahamowaniem wobec nich (za: Woronowicz, 2009, s. 328).

### **1.3. Współzależnienie jako adaptacja do długotrwałej sytuacji stresowej**

Współzależnienie określa się jako sposób reagowania na silnie stresową sytuację wspólnego życia z alkoholikiem, bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie. Osoba będąca w bliskim związku z osobą uzależnioną od alkoholu znajduje się w długotrwałej sytuacji stresowej.

Z. Sobolewska (1996, s. 9) uważa, że współzależnienie to „utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej, niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczająca w sposób istotny wybór postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę położenia na lepsze”. Autorka podkreśla także, że współzależnić się może każda osoba, jeśli zaistnieje splot czynników dających taką okazję (Sobolewska, 2002, s. 36).

J. Mellibruda i Z. Sobolewska (1997), wyróżniają trzy grupy czynników, przyczyniających się do wystąpienia współzależnienia. Są to:

- Sytuacja rodzinna i sytuacja w małżeństwie. Uwzględnia się tu: zależność finansową, system rodziny, role i obowiązki pełnione w rodzinie, więzi pomiędzy członkami rodziny. Istotne są również zachowania męża alkoholika (szczególnie zjawisko występowania przemocy). Na grupę tych czynników składają się również: pozycja zawodowa i towarzyska partnerki alkoholika, osoby na które może ona liczyć, a także wsparcie i opinia środowiska, w którym rodzina, małżeństwo żyje. Autorzy uważają, że istnieją pewne czynniki sprzyjające powstaniu współzależnienia: Są to: zależność emocjonalna i słaba sytuacja zawodowa i materialna żony alkoholika, agresja



ze strony męża, która może powodować to, iż kobieta pod wpływem lęku i zagrożenia ze strony uzależnionego od alkoholu męża dostosowuje się do destrukcyjnej sytuacji. Nacisk i opinia środowiska może wpływać na decyzję o utrzymaniu małżeństwo za wszelką cenę.

- Własny "bagaż doświadczeń" jednostki, na który składa się: obraz i przeświadczenia na temat wyglądu rodziny wyniesiony z domu, doświadczenia z dzieciństwa (wystąpienie jakichś urazów), doświadczenia wyniesione z poprzednich związków, jak również przekonania na temat pełnienia ról i obowiązków w rodzinie (Sobolewska 1996, s. 9). Warto również dodać, że czynniki takie, jak osobowość, umiejętność radzenia sobie ze stresem i przykrymi emocjami, obraz siebie (granice JA), a także sposób funkcjonowania w relacjach interpersonalnych mogą przyczynić się do powstawanie problemu współuzależnienia (Mellibruda, Sobolewska, 1997).
- Zmiany psychologiczne jednostki, które powstają na wskutek długotrwałego przebywania w sytuacji stresowej. Zmiany te dotyczą wszystkich trzech sfer psychiki człowieka, to znaczy: sfery emocjonalnej (lęk, nieumiejętność wyrażania złości, brak stabilności emocjonalnej), struktury "ja" (uszkodzenie granic swojej osoby, nieustanne poczucie winy i krzywdy), sfery intelektualnej, która zdominowana jest przez szereg mechanizmów obronnych typu zaprzeczanie, minimalizowanie, obwinianie (Sobolewska, 2002, s. 36).

Przytoczone koncepcje współuzależnienia pokazują, iż autorzy różnią się między sobą sposobami wyjaśnienia zjawiska uwarunkowań współuzależnienia. Jednakże wszyscy są zgodni, co do symptomów i przyjmują, że cechą charakteryzującą osoby współuzależnione jest przekonanie o swojej zdolności do wywierania znaczącego wpływu na drugiego człowieka, pomimo powtarzających się niepowodzeń i związanych z tym cierpień. To z kolei prowadzi do poczucia niskiej wartości, Osoba współuzależniona jest równocześnie „ratownikiem” bliskiej osoby i jej prześladowcą, jest także jedną z ofiar tego patologicznego związku, który niewiele daje, natomiast bardzo dużo kosztuje (Woronowicz, 2009, s. 327).

## 2. Wybrane mechanizmy i cechy zachowań osób współuzależnionych

Wielu specjalistów zajmujących się problematyką uzależnień i ich terapią jest zgodnych, że można określić określone objawy, które są symptomami współuzależnienia. H. Szczepańska (1996, s. 60n) wyróżnia następujące kryteria współuzależnienia:

- 1) Myśli, uczucia i zachowania osoby współuzależnionej są skoncentrowane wokół picia alkoholika z tendencją do podejmowania różnorodnych działań powstrzymywania alkoholika od picia;
- 2) Podejmowanie działań zmierzających do odciążenia męża od picia alkoholu. Żona alkoholika całą swoją uwagę koncentruje na mężu i kontroli jego nałogu, wobec tego jej samopoczucie psychiczne zależy od jego zachowań. Skoro jednak alkoholik pije, bo na tym polega jego nałóg, żona często odczuwa frustrację, niepokój, agresję, ma poczucie przegranej prowadzące do osłabienia swojej własnej wartości, a także poczucie winy;
- 3) Osoba współuzależniona nie potrafi rozstać się z alkoholikiem, pomimo że niejednokrotnie myśli o tym.

B. Woronowicz (2009, s. 329) podaje następujące charakterystyczne sposoby zachowań żon alkoholików:

- poddanie się rytmowi picia alkoholika;
- przejmowanie za niego odpowiedzialności;
- obsesyjne kontrolowanie go;
- pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie do tego, aby ponosił on pełne konsekwencje swojego picia i swoich zachowań);
- wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania alkoholika, a jednocześnie występowaniem poczucia winy i poczucia małej wartości oraz zaniedbywanie samego siebie;
- częste zaprzeczanie faktom (zwłaszcza temu, że partner jest uzależniony) i stosowanie zasady, że „rodziny brudów nie pierze się na zewnątrz”.

Najbardziej charakterystycznymi mechanizmami funkcjonowania współuzależnionych żon alkoholików jest ich koncentracja wokół problemu uzależnienia partnera, nadmierna kontrola, przejmowanie odpowiedzialności za alkoholika, jego

picie zachowania i skutki jego działań. Ze względu na postępujący proces choroby alkoholowej sytuacja w rodzinie się pogarsza, a żona alkoholika coraz mocniej odczuwa narastającą w niej złość na siebie i na męża, agresję, bezradność, poczucie mniejszej wartości i poczucie winy wynikające z tego, że nie potrafi w swoim działaniu wpłynąć na zaprzestanie picia męża. Żony alkoholików są skoncentrowane na tym, by powstrzymać współmałżonka od picia alkoholu. Kontrowanie zachowań alkoholika oraz ilości spożywanego przez niego alkoholu staje się głównym celem w codziennym życiu tej osoby. Próbuje ona różnych metod perswazji rzeczowej argumentacji, egzekwuje składanie obietnic niepicia, tym samym pragnie wpłynąć na samopoczucie, myślenie i zachowania drugiej osoby. Jednakże tego typu zachowania nie przynoszą pożądaných rezultatów. Z psychologicznego punktu widzenia mechanizm nadmiernej kontroli jest złudnym przeświadczeniem współuzależnionej o własnej wszechmocy i sprawczości (Kisiel, 1997, s. 70). Kobiety współuzależnione nie są w stanie kontrolować alkoholizmu męża. Są bezsilne wobec jego nałogu, a wszelkie podejmowane próby kontroli są z reguły bezskuteczne. Jeśli przynoszą efekt, to jest on zazwyczaj chwilowy (Beattie, 1994, s. 104).

Problemem osób współuzależnionych nie jest tylko kontrola picia osoby uzależnionej, ale przede wszystkim przyjmowanie odpowiedzialności za alkoholika, za jego obowiązki, jego zachowania i skutki picia. Taka swoista *nadodpowiedzialność* rozpoczyna się w momencie, gdy przejmuje się odpowiedzialność za los innego człowieka - jego myśli uczucia, decyzje zachowania (tamże, s. 109).

Zachowania związane z mechanizmem nadodpowiedzialności są odpowiedzią na straty, spowodowane piciem i nieodpowiedzialnością męża alkoholika (Kisiel, 1997 s. 64). Przejmowanie obowiązków męża i wybawianie go z opresji to cele, w kierunku których podąża żona alkoholika (tamże, s. 65).

H. Szczepańska (1992, s. 47) uważa, że kobiety współuzależnione o tendencjach do zachowań nadodpowiedzialnych cechują następujące przekonania:

- W życiu na wszystko trzeba zasłużyć, szczególnie na miłość, współuzależnione twierdzą, że będą kochane przez innych tylko wtedy, gdy będą robiły coś dla nich;
- Inni ludzie potrafią być całkowicie nieodpowiedzialni, dlatego też trzeba się nimi opiekować i wyręczać ich we wszystkich podejmowanych działaniach;
- Poczucie odpowiedzialności za samopoczucie, szczęście innych ludzi;
- Nieumiejętność zwracania się o pomoc.

Mechanizm nadodpowiedzialności daje współzależnionej możliwość ucieczki od poczucia własnej nicości i ogromnego braku miłości (Wesołowska, Wasilewska-Śpioch, 2004, s. 17).

Długotrwałe towarzyszenie alkoholikowi w jego chorobie i próba przystosowania się do tej sytuacji wywierają silny wpływ na poczucie własnej wartości żon alkoholików.

Poczucie własnej wartości to „przekonanie o autonomicznej wartości własnej osoby i oczekiwanie jego potwierdzenia ze strony innych ludzi i od samego siebie” (Jakubik, 1997, s. 172).

G. Allport definiuje poczucie własnej wartości jako „synonim miłości do samego siebie, jako dumę, jako pewnego rodzaju egoizm i narcyzm” (Siek, 1993, s. 318). Na poczucie własnej wartości wpływają pozytywne jak i negatywne doświadczenia życiowe.

Poczucie własnej wartości wiąże się z pozytywnym obrazem siebie. Na obraz siebie składa się ja realne czyli jaka/ jaki jestem, ja idealne czyli jaka/jaki chciałbym być i ja powinnościowe czyli jaka/ jaki powinienem być (Hall, Lindzey 1998, s. 269).

Obraz siebie jest bardzo zróżnicowaną organizacją struktur, na którą składają się cechy osobowości, o specyficznych właściwościach. Obraz siebie może być globalny czyli zróżnicowany jasny i niejasny oraz stabilny albo niestabilny (Siek, 1993, s. 293n). Cechami stabilnego obrazu siebie jest akceptacja własnych uczuć i emocji. Osoba o stabilnym obrazie siebie wyznacza sobie konkretne cele, które realizuje. Stabilny obraz siebie, to przede wszystkim akceptacja własnej osoby, tego jakim jestem człowiekiem, to wiara w to, że jest się zdolnym do walki z życiem i nie ma się poczucia, że jest się gorszym od innych ludzi. Osoby o globalnym obrazie siebie są smutne i przygnębione. Stale porównują się do innych ludzi, są niezdecydowane. Czują się gorsze od innych, a to, co robią nie przynosi im pełnej satysfakcji i zadowolenia. Nie mają poczucia i świadomości oraz odrębności własnej osoby, co właśnie jest bardzo charakterystyczne dla osób współzależniowych.

Obraz siebie łączy się z samooceną. Samoocena to „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby” (tamże, s. 331).

Poczucie własnej wartości nie jest niemożliwe bez akceptacji samego siebie.

N. Branden (2016, s. 105) określa poczucie własnej wartości jako odmowę bycia swoim wrogiem. Autor wyróżnia trzy poziomy znaczenia samoakceptacji. Poziom pierwszy to podstawowa samoakceptacja jednostki jako żywej istoty wiążąca się z troską i poszanowaniem siebie. Stanowi rodzaj pozytywnego egoizmu, którego

brak powoduje zatrzymanie własnego rozwoju i pracy nad sobą. Na tym poziomie człowiek buduje poczucie własnej wartości, bez którego traci świadomość siebie, prawo do walki o swoje istnienie. Bez poczucia własnej wartości, jednostka staje się nieszczęśliwa i łatwo daje się wykorzystywać innym. Bez pierwotnego poczucia własnej wartości, człowiek traci zdolność do poznawczego funkcjonowania. Na poziomie drugim istnieje wola doświadczania siebie, gdzie ludzie mają potrzebę uświadamiania sobie całego swojego życia psychicznego, bez zaprzeczania temu, co rzeczywiście jest w nich samych. Na tym poziomie akceptacja polega na świadomym doświadczaniu i przeżywaniu uczuć, pragnień, które drzemią w jednostce. Najważniejszym mechanizmem jest chęć dalszego rozwoju, którego przeciwieństwem jest zaprzeczanie powodujące, że ludzie nie rozwijają się, tylko stoją w miejscu. Na poziomie trzecim człowiek uświadamia sobie przyczyny swoich działań. Analizuje, zastanawia się dlaczego postąpił tak, a nie inaczej. Dzięki temu zapewnia sobie możliwość uniknięcia wystąpienia negatywnych działań (tamże, s. 106n).

Dojrzały człowiek, który jest w pełni świadomy swojej wartości jest szczęśliwy, otwarty na innych, asertywny, potrafi upominać się o to, co uważa za swoje i za słuszne. To, jak człowiek siebie spostrzega i jak do siebie podchodzi wpływa na to, jak postrzegają go inni i jak funkcjonuje w relacjach. Człowiek jest tak skonstruowany, że ocenia innych ludzi swoją miarą. Zatem, jeśli nie ma do siebie szacunku, to tego szacunku do niego też nie będą mieli inni ludzie. Jednak w momencie, gdy uświadomi sobie własną niepowtarzalność, wolność, prawo do indywidualizmu, autonomicznego życia, przestaje skazywać siebie na wieczne niepowodzenia, określenia "jestem nieudacznikiem". Dzięki temu daje sobie prawo do własnego rozwoju, bycia sobą. Poznaje swoją wartość i nabywa właściwego poczucia swojej wartości (Siek, 1993, s. 317).

Akceptacja, samoświadomość, pozytywny obraz siebie i samoocena to podstawowe czynniki budujące poczucie własnej wartości. Są nierozłącznymi ogniwami łańcucha tworzącego zdrowy obraz dojrzałego człowieka - człowieka znającego swoją wartość. Zdaniem A. Wobiz (2001, s. 125) głęboka samoświadomość jest podstawą równowagi psychicznej. Autorka podkreśla, że chwiejność obrazu siebie przyczynia się do tego, że osoba współuzależniona jest bardziej podatna na przyjmowanie negatywnych opinii od innych ludzi. Wobiz uważa, że wysoka nadwrażliwość, w konsekwencji podatność na zranienia, sprawiają, że poczucie własnej wartości żony alkoholika automatycznie spada. Cechą charakterystyczną żon

alkoholików jest brak akceptacji siebie i zaniżona samoocena (tamże, s. 113). Współmałżonki alkoholików ujawniają tendencje do nadmiernego negatywizmu w stosunku do swojej osoby. Żony alkoholików mają wyraźną skłonność do pomniejszania i minimalizowania własnych zasług i osiągnięć. Znacznie częściej zawyżają własne wady czy popełnione przez siebie błędy (tamże, s. 119). Mają wyraźną trudność z przyjmowaniem pochwał i komplementów. Osoby współuzależnione przepełnione są pesymizmem, smutkiem i poczuciem przegranej. Twierdzą, że nigdy nic dobrego ich nie spotka (Beattie 1994, s. 62). Wartość swojej osoby wiążą ze skutecznością pomagania alkoholikowi i innym ludziom. Brak pozytywnych efektów podejmowanych przez siebie działań napędza je coraz niższym poczuciem własnej wartości (Libera, 2003). Zdaniem A. Wobiz (2001, s. 113) osoby współuzależnione mają nierealistyczne poczucie własnej wartości. Oscylują zazwyczaj pomiędzy dwoma przeciwstawnymi biegunami, bycia wartościowym i nic nie znaczącym człowiekiem. Ażeby poprawić swój wizerunek siebie kobiety próbują rozpaczliwie wprowadzić zmiany w zachowaniu alkoholika zmierzające do poprawy sytuacji. Jednak te działania zazwyczaj nie prowadzą do spodziewanych efektów, nie poprawiają niczego w ich sytuacji życiowej, a jeszcze niejednokrotnie pogarszają ją powodując frustrację i przykre emocje, złość, agresję, wrogość, wstyd, poczucie winy, lęk, złość, żal, urazę, drażliwość, negatywizm i poczucie krzywdy.

### **3. Założenia metodologiczne badań**

M. Beattie wśród postaw charakteryzujących współuzależnienie zwraca uwagę na następujące ich cechy: obsesyjną kontrolę innych, ciągle pomaganie, nadopiekuńczość, obsesyjne opiekowanie się innymi, niskie poczucie własnej wartości graniczące z nienawiścią do samego siebie, duże nasilenie złości i poczucia winy, silną zależność od określonych ludzi, dużą tolerancję na nieprawidłowości w związku z drugim człowiekiem, koncentrację na innych z równoczesnym zaniedbywaniem siebie (za: Ryś, 2009, s. 52). Cechy te wskazują na występowanie u żon alkoholików wielu odmian agresywności, które ujawniają one w codziennym funkcjonowaniu z mężem alkoholikiem. Zatem im wyższy poziom kontroli zachowań alkoholika i brania odpowiedzialności za jego zachowanie i sposób funkcjonowania oraz niższy poziom poczucia własnej wartości tym większa tendencja do zachowań agresywnych w ujęciu A. Bussa i A. Durkee (1961, za: Siek,

1993). Autorzy wyróżniają 8 odmian agresywności, które można zaobserwować u osób współuzależnionych:

- 1) Agresywność (napastliwość) fizyczna - jest to tendencja do działania siłą fizyczną wobec innych osób. Przejawem tej napastliwości jest: tracenie kontroli nad swoimi agresywnymi impulsami, oddawanie komuś uderzeń i razów, wszczynanie walki z kimś, kto obraża, walczenie ze swym gnębicielem, uderzanie kogoś, walczenie w obronie swoich praw;
- 2) Agresywność (napastliwość) słowna - to zachowania agresywne mające na celu szkodzenie innym ludziom, ranienie ich przy użyciu różnych treści i sposobu ich używania. Treści agresywne to groźby, przekleństwa, zjadliwa, krytyka. Do agresji słownej zalicza się również mówienie "prawdy" w oczy, podnoszenie głosu na innych ludzi, jawne niezgadzanie się z opinią innych ludzi;
- 3) Agresywność (Napastliwość) pośrednia - to szkodzenie drugiej osobie nie wprost. Są to przede wszystkim plotki, wyśmiewanie innych. Agresywność pośrednia nie jest skierowana wprost na jej ofiarę. Agresywność pośrednia to wpadanie w złość, uderzanie pięścią w stół, trzaskanie drzwiami;
- 4) Negatywizm - przejawem tej agresywności jest przeciwstawianie się innym, a w szczególności wszelkim autorytetom. Objawem negatywizmu jest niedostosowywanie się do wymagań drugiej osoby, nierobienie tego o co ktoś prosi, buntowanie się przeciw regułom, zasadom;
- 5) Podejrzliwość - to rzutowanie własnej wrogości na inne osoby. Podejrzliwość przejawia się w nieufaniu innym, zachowywaniu ostrożności w stosunku do innych ludzi, przekonaniu, że inni pragną pomniejszać, krzywdzić, a nawet planować urazy fizyczne;
- 6) Uraza - jej charakterystycznym objawem jest gniew spowodowany złym traktowaniem (rzeczywistym lub urojonym), jak również skłonność do ujawniania pretensji, domaganiu się czegoś od innych, skarżeniu się i niewerbalnym i często wyolbrzymionym wyrażaniu swojego niezadowolenia z zachowania innych;
- 7) Drażliwość, skłonność do irytacji - objawem drażliwości jest skłonność do reagowania silnymi emocjami na każdą nawet najmniejszą prowokację ze strony innych. Do typowych symptomów drażliwości zalicza się: złość, wpadanie w rozjątrzenie, zrzęczenie, szorstkie, niegrzeczne odzywianie się, niecierpliwość, wpadanie w wściekłość;

- 8) Poczucie winy - wyraża się przeżywanymi wyrzutami sumienia, nawet za drobne oszustwa. To wstydzenie się swoich myśli, popadanie w przygnębienie, że nie zrobiło się dość dla swoich rodziców, ujawnianie przekonania, że ludzie, którzy źle pracują, przeżywają poczucie winy. Jest to zajmowanie się myślami o swoich grzechach, bezskutecznych działaniach i uzyskaniu przebaczenia za nie, przeżywanie wyrzutów sumienia spowodowanych negatywnymi myślami, zawinionym niepowodzeniem w działaniu i poczuciem, że prowadzi się złe życie (Siek, 1993, s. 286n).

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie czy istnieje związek pomiędzy kontrolą zachowań osoby uzależnionej i przejmowaniem odpowiedzialności oraz obniżonym poczuciem własnej wartości a przejawianymi rodzajami agresji i poczuciem winy.

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- 1) Istnieje związek między kontrolą zachowań osoby uzależnionej oraz przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i działania męża, a obniżonym poczuciem własnej wartości.
- 2) Istnieje związek między kontrolą zachowań osoby uzależnionej, przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i zachowania męża oraz obniżonym poczuciem wartości, a poziomem i rodzajami agresji u współuzależnionych żon alkoholików.

Do badań wykorzystano dwa narzędzia badawcze:

- 1) Skala Poczucia Własnej Wartości w Relacjach Interpersonalnych M. Ryś (2014) oraz
- 2) Kwestionariusz A.H. Bussa i A. Durkee jako metoda badania agresywności (Siek, 1993)

Skala Poczucia Własnej Wartości w Relacjach Interpersonalnych skonstruowana przez M. Ryś (2014, s. 116n) początkowo przeznaczona była do badania osób, które wyszły za mąż za osobę uzależnioną lub też współmałżonek uzależnił się od alkoholu czy narkotyków w czasie trwania małżeństwa. Jednakże z dotychczasowych badań wynika, że Skala ma szersze zastosowanie i może służyć do badania własnej wartości w relacjach interpersonalnych. Skala ta pozwala na określenie tego typu relacji, w których dana osoba myśli przede wszystkim o zaspokojeniu potrzeb najbliższych sobie osób i czyni to swoim kosztem, a także



przejmuje odpowiedzialność za inne, bliskie sobie dorosłe osoby. Metoda ta zawiera następujące Skale:

- 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 współmałżonka;
- 5) Kontrola innych.

Rzetelność Skali obliczono współczynnikiem alfa Crombacha i wynosi kolejno dla Skali 1 – 0,704, 2 – 0,696, 3 - 0,746, 4 – 0,759, 5 – 0,701 (tamże, s. 119).

Dla celów badawczych wykorzystano trzy Skale: Obniżone poczucie własnej wartości, Przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka oraz Kontrola innych, w których wyodrębniono wyniki na poziomie niskim, średnim i wysokim.

Drugą metodą wykorzystaną w badaniach był Kwestionariusz Nastroje i Humory (A.Buss i A. Durke). Polska wersja kwestionariusza użyta w badaniach została opracowana i przystosowana do polskich warunków przez M. Choynowskiego, który w 1971 roku ukazał się jako kwestionariusz pod nazwą "Nastroje i Humory" (Siek, 1993 s. 286). Kwestionariusz w polskiej wersji składa się ze 100 pytań oceniających nasilenie siedmiu odmian agresywności: Napastliwość fizyczną NPF, Napastliwość słowną (NPS), Napastliwość pośrednią (NPP), Negatywizm NGT, Podejrzliwość PGJ, Urazę URZ, Drażliwość DRL, i dodatkowo Poczucie winy PW.

Współczynniki rzetelności dla skal mierzących poszczególne odmiany agresywności są następujące:

- 1) Tendencja do fizycznego ataku - 0,78;
- 2) Agresywność pośrednia - 0,72;
- 3) Skłonność do irytacji - 0,65;
- 4) Negatywizm - 0,46;
- 5) Uraza - 0,61;
- 6) Podejrzliwość - 0,67;
- 7) Agresywność słowna - 0,72;
- 8) Poczucie winy - 0,64.

W celu weryfikacji hipotez przebadano 80 kobiet, żon alkoholików leczących się w poradniach dla osób współuzależnionych. Kobiety te w trakcie

przeprowadzania badań mieszkały razem z mężem alkoholikiem i prowadziły wspólnie z nim gospodarstwo domowe.

#### 4. Wyniki badań

Przeprowadzone badania miały na celu ustalenie poziomu przejmowania odpowiedzialności żon alkoholików za uczucia i działania współmałżonka oraz poziomu kontrolowania ich oraz poziomu obniżenia własnej wartości kobiet, a także sprawdzenie czy istnieje związek pomiędzy kontrolą zachowań osoby uzależnionej i przejmowaniem odpowiedzialności oraz obniżonym poczuciem własnej wartości a przejawianymi rodzajami agresji i poczuciem winy u żon alkoholików.

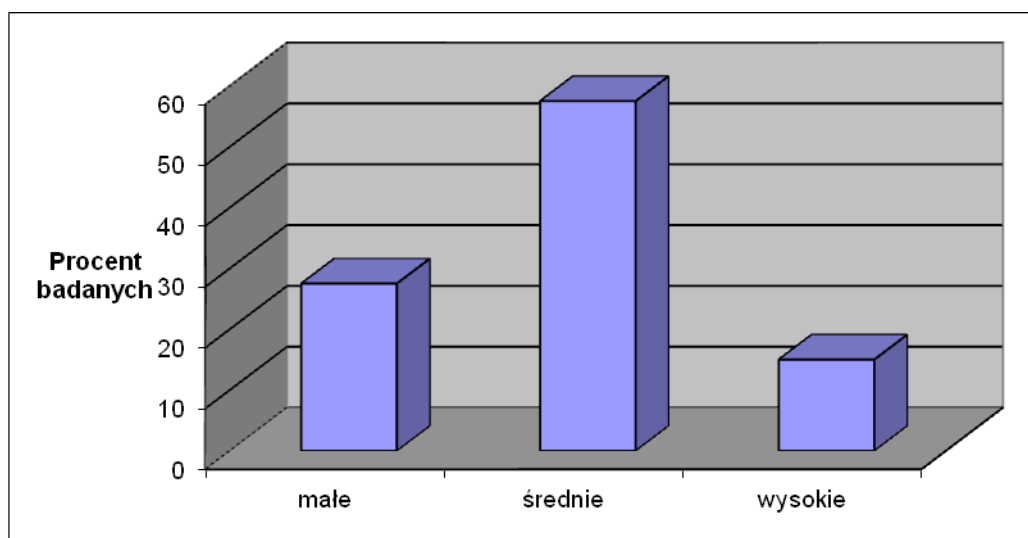
Wyniki badań wskazują na to, że u przebadanych kobiet przeważał średni poziom przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania swoich mężów i kontroli ich zachowań (57,5%). Wysoki poziom nadodpowiedzialności i nadmiernej kontroli występował u 12 badanych, co stanowiło 15% przebadanych kobiet, a niski poziom przejawiało 27,5% żon alkoholików.

W tabeli 1 i na wykresie 1 przedstawiono ilustrację wyników badań.

Tabela 1. Natężenie wyników Skali Przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka i Skali Kontroli innych

<b>POZIOM SKALI Przejmowania odpowiedzialności</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>POZIOM SKALI Kontrola innych</b>	<b>Liczba osób</b>	<b>%</b>
NISKIE	22	NISKIE	22	27,5
ŚREDNIE	46	ŚREDNIE	46	57,5
WYSOKIE	12	WYSOKIE	12	15,0

Wykres 1. Natężenie wyników Skali Przejmowanie odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka i Skali Kontroli innych



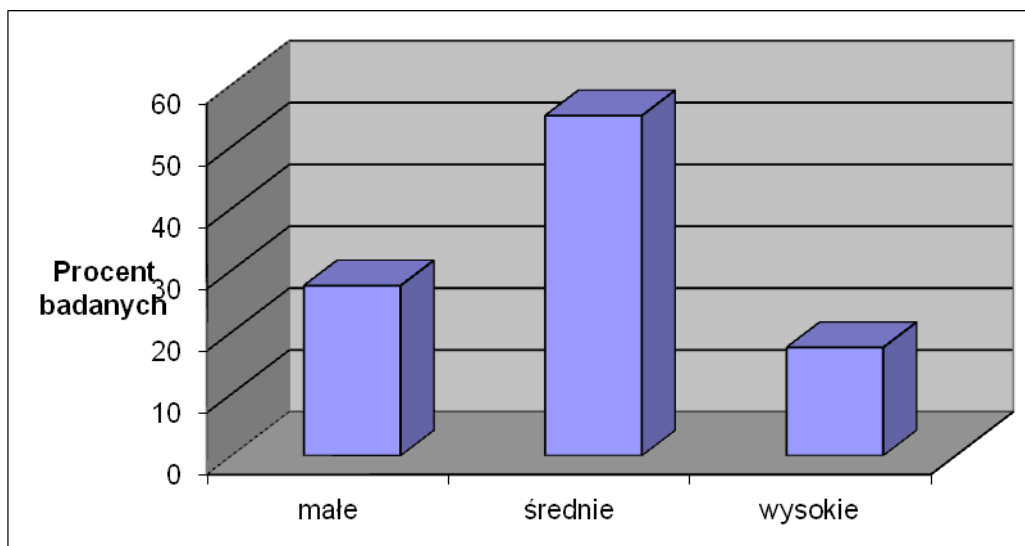
Żony alkoholików często ujawniają obniżone poczucie własnej wartości. W przeprowadzonych badaniach żon alkoholików wynika, że 44 kobiety, czyli 55% cechuje się średnim obniżeniem poczucia własnej wartości. Natomiast poziom niski obniżonego poczucia własnej wartości wykazują 22 kobiety, co stanowi 27,5% przebadanych. Wysoki poziom obniżenia własnej wartości występuje u 14 kobiet.

W tabeli 2 i na wykresie 2 przedstawiono ilustrację wyników badań dotyczących Skali Obniżone Poczucie Własnej Wartości.

Tabela 2. Natężenie wyników w Skali Obniżone poczucie własnej wartości

POZIOM SKALI	Liczba osób	%
Obniżone poczucie własnej wartości		
NISKIE	22	27,5
ŚREDNIE	44	55,0
WYSOKIE	14	17,5

Wykres 2. Natężenie wyników w Skali Obniżone poczucie własnej wartości



Do zbadania poziomu i rodzajów zachowań agresywnych posłużono się Kwestionariuszem Nastroje i Humory (A. Buss i A. Durke). Wyróżniono siedem rodzajów agresji: Napastliwość fizyczna, Napastliwość słowna, Napastliwość pośrednia, Negatywizm, Podejrzliwość, Uraza, Drażliwość oraz Poczucie winy. Ażeby stwierdzić, jakim poziomem i rodzajami zachowań agresywnych charakteryzowały się badane żony uzależnionych mężów wyznaczono dla poszczególnych odmian agresywności statystyki opisowe - minimum, maksimum, średnią, odchylenie standardowe oraz skośność.

W skali Napastliwość fizyczna najwyższy możliwy do osiągnięcia wynik wynosił 28 punktów (14 pytań wchodzących na skalę przy maksymalnej punktacji 2 punkty). Stąd minimalny i maksymalny wynik uzyskany przez badane kobiety oraz wynik średni wskazują na niski poziom tej cechy w badanej grupie. Dodatkowo dodatni wskaźnik skośności świadczy o przewadze wyników niskich.

W skali Napastliwość słowna również najwyższy możliwy do osiągnięcia wynik wynosił 28 punktów, maksimum i średnia są dość wysokie, a ujemna skośność wskazuje na przewagę wyników wysokich. Zatem badane kobiety mają wysoki poziom napastliwości fizycznej.

Napastliwość pośrednia ma raczej niski poziom. Przy możliwym maksimum wynoszącym 20 punktów, najwyższy empirycznie stwierdzony wynik wynosi 12, a średnia mniej niż 8 punktów.

Negatywizm również jest słabo nasilony wśród badanych. Na możliwe 28 punktów maksimum wynosi 11, średnia również jest niska, a ujemna skośność świadczy o tym, że dużo jest wyników niskich.

Wysoki poziom u badanych kobiet żon alkoholików występuje w rodzaju agresji Podejrliwość, a także w Poczucia winy. Na możliwe do osiągnięcia 24 punkty, maksima rzeczywiste są wysokie, wysokie są też średnie, a ujemne skośności wskazują na przewagę wyników wysokich.

Bardzo wysoki jest poziom Urazy - maksimum rzeczywiste jest równe maksimum teoretycznemu (20 punktów), a średnia wynosi aż 16 punktów. Badane kobiety cechują się bardzo wysokim poziomem Urazy.

Wysoki jest również poziom Drażliwości - na 28 punktów możliwych do osiągnięcia, badane osiągnęły maksymalnie 24 punkty, średnia wynosi niemal 18 punktów, a ujemna skośność skazuje na przewagę wyników wysokich.

Podsumowując uzyskane wyniki należy stwierdzić, że badane kobiety cechują się niejednorodnym sposobem przejawianej agresji, bowiem ujawniają niski poziom napastliwości fizycznej, napastliwości pośredniej i charakteryzują się niskim negatywizmem. Natomiast nasiloną jest u tych kobiet napastliwość słowna, wysoki jest poziom podejrzliwości, drażliwości i poczucia winy. Najbardziej charakterystyczny dla badanych jest bardzo wysoki poziom urazy.

Dane dotyczące rodzaju przeżywanej agresji i poczucia winy badanych przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje agresywności i Poczucie winy - statystyki opisowe wraz z poziomem

RODZAJE AGRESJI	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Poziom
NAPASTLIWOŚĆ FIZYCZNA	0	12	3,48	2,57	1,22	niski
NAPASTLIWOŚĆ SŁOWNA	2	21	15,13	5,62	-1,03	wysoki
NAPASTLIWOŚĆ POŚREDNIA	3	12	7,25	2,02	0,07	niski
NEGATYWIZM	2	11	7,75	2,06	-0,94	niski
PODEJRZLIWOŚĆ	9	20	16,40	3,49	-0,95	wysoki
URAZA	10	20	16,00	3,14	-0,96	bardzo wysoki
DRAŻLIWOŚĆ	10	24	17,80	4,10	-0,56	wysoki
POCZUCIE WINY	11	22	17,30	3,06	-0,86	wysoki

Przeprowadzone badania miały na celu uchwycenie związku pomiędzy przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i zachowania męża i sprawowania nad nim kontroli a poczuciem własnej wartości. Problem ten dotyczył hipotezy 1, która brzmi: Istnieje związek między kontrolą zachowań osoby uzależnionej oraz przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i działania męża, a obniżonym poczuciem własnej wartości. Do weryfikacji hipotezy użyto współczynnika korelacji  $r$  - Pearsona. Hipoteza 1 została potwierdzona, gdyż wykazano wysoką korelację pomiędzy przejmowaniem odpowiedzialności przez badane kobiety za uczucia i zachowanie męża i kontrolą jego zachowań, a obniżonym ich poczuciem własnej wartości. Tak więc im wyższy poziom nadodpowiedzialności za męża i większa kontrola jego zachowań, tym niższy jest u współuzależnionych poziom poczucia własnej wartości.

Wyniki badań korelacyjnych zawarto w tabeli 4.

Tabela 4. Korelacje między Przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i zachowanie męża i Kontrolą jego zachowań a Obniżonym poczuciem własnej wartości

SKALE	OBNIŻONE POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI
KONTROLA ZACHOWAŃ	0,788(**)
PRZEJMOWANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI	0,783(**)

(\*\* $p < 0,01$ )

W celu weryfikacji hipotezy 2, iż istnieje związek między kontrolą zachowań osoby uzależnionej, przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i zachowania męża oraz obniżonym poczuciem wartości, a poziomem i rodzajami agresji u współuzależnionych żon alkoholików również wykorzystano współczynnik korelacji  $r$ - Pearsona..

Uzyskano wiele istotnych współczynników korelacji. Wszystkie istotne współczynniki korelacji wskazują na dość silne i dodatnie korelacje między zmiennymi.

Wzmoczonej kontroli zachowań innych towarzyszy zwiększona napastliwość

słowna, podwyższona podejrzliwość, uraza i drażliwość oraz nasilone poczucie winy. Im większe jest przejmowanie przez kobietę odpowiedzialności za zachowanie uzależnionego od alkoholu męża, tym większa jest napastliwość słowna, wzmożona jest podejrzliwość, uraza i drażliwość oraz nasilone jest poczucie winy.

Obniżonemu poczuciu własnej wartości również towarzyszy wzmożona napastliwość słowna, większa podejrzliwość, wyższy poziom urazy i drażliwości oraz wzmożone poczucie winy.

Należy zatem uznać, że hipoteza 2 została zweryfikowaną, ponieważ uzyskano istotne związki, że żony alkoholików, które prezentują nasiloną kontrolę zachowań męża, są skłonne przejmować odpowiedzialność za niego oraz mają obniżone poczucie własnej wartości, cechują się również podwyższonym poziomem agresywności (wysoką napastliwością słowną, podejrzliwością, urazą i drażliwością) oraz nasilonym poczuciem winy).

W tabeli 5 przedstawiono statystyczne wyniki zależności pomiędzy przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka i kontrolowanie jego zachowań oraz obniżone poczucie własnej wartości a występowaniem agresji i poczucia winy u żon alkoholików.

Tabela 5. Korelacje między Kontrolą zachowań, Przejmowaniem odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka i Obniżonym poczuciem własnej wartości a poziomem i rodzajami agresji oraz Poczuciem winy

	NPF	NPS	NPP	NGT	PGJ	URZ	DRL	PW
KONTROLA ZACHOWAŃ	,033	,744(**)	,224	-,056	,737(**)	,736(**)	,679(**)	,760(**)
PRZEJMOWANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI	-,020	,738(**)	,100	-,066	,748(**)	,696(**)	,587(**)	,711(**)
OBNIŻONE POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI	-,124	,776(**)	,099	-,107	,786(**)	,776(**)	,702(**)	,749(**)

(\*\*p<0,01)

NPF - Napastliwość fizyczna, NPS - Napastliwość słowna, NPP- Napastliwość pośrednia, NGT- Negatywizm, PGJ - Podejrzliwość, URZ - Uraza, DRL- Drażliwość, PW - Poczucie winy.

Przeprowadzone badania 80 żon alkoholików wykazały bardzo ciekawe zależności dotyczące przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka, kontroli jego zachowań, poziomu ich własnej wartości oraz poczucia winy, a także objawów agresywności takich, jak: napastliwość słowna, napastliwość fizyczna, napastliwość pośrednia, negatywizm, podejrzliwość, uraza i drażliwość:

- 1) Ponad połowa osób badanych (57,5%) przejawiała średni poziom przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka oraz kontrolowania ich zachowań;
- 2) Ponad połowa osób badanych (55,0%) przejawiała średni poziom obniżonego poczucia własnej wartości;
- 3) Badane osoby przejawiały wysoki poziom poczucia winy;
- 4) Osoby badane ujawniały wysoki poziom agresywności w napastliwości słownej, podejrzliwości, drażliwości i bardzo wysoki w urazie;
- 5) Badania wykazały, że im wyższy poziom przejmowania odpowiedzialności za uczucia i działania współmałżonka tym bardziej obniżone poczucie własnej wartości;
- 6) Badania wykazały, że im wyższy poziom kontrolowania współmałżonka tym bardziej obniżone poczucie własnej wartości u żon alkoholików;
- 7) Im większa kontrola zachowań współmałżonka tym wyższy poziom agresywności wyrażający się w napastliwości słownej podejrzliwości, urazie, drażliwości, a także wyższy poziom poczucia winy;
- 8) Im wyższa nadodpowiedzialności za współmałżonka tym wyższy poziom agresywności wyrażający się w napastliwości słownej podejrzliwości, urazie, drażliwości, a także wyższy poziom poczucia winy;
- 9) Im bardziej obniżone poczucie własnej wartości tym wyższy poziom agresywności wyrażający się w napastliwości słownej podejrzliwości, urazie, drażliwości, a także wyższy poziom poczucia winy;
- 10) Podejmowanie działań przez żonę alkoholika zmierzających do odciążenia męża od picia alkoholu ma bardzo duże konsekwencje w jej działaniu, przeżyciach, a to ma swoje odzwierciedlenie w jej stanie psychicznym, duchowym i somatycznym.. Żona alkoholika całą swoją uwagę koncentruje na mężu, jego uczuciach i zachowaniu oraz kontroli jego nałogu, wobec tego jej samopoczucie psychiczne zależy od jego zachowań. Skoro jednak alkoholik pije, bo na tym polega jego nałóg, żona



często odczuwa frustrację, niepokój, agresję, ma poczucie przegranej prowadzące do osłabienia własnej wartości, a także poczucie winy.

Istnieje już ogromne bogactwo literatury dotyczącej współuzależnienia i nie brakuje badań nad tym zagadnieniem. Jednakże problem agresji wśród żon alkoholików rzadko jest w literaturze poruszany i badany. Zazwyczaj żona alkoholika opisywana jest w roli ofiary agresji swojego męża. Literatura przedmiotu na ogół przedstawia żonę alkoholika, jako tę, wobec której agresję się stosuje. Stąd też wydaje się, iż badanie poziomu i rodzajów agresji u żon alkoholików stanowi nowe ujęcie problemu i z pewnością może okazać się bardzo przydatne w pracy terapeutycznej ze współuzależnionymi żonami alkoholików.

### **Bibliografia:**

- Branden, N. (2016). *6 filarów poczucia własnej wartości*, Łódź: Wydawnictwo JK.
- Beattie, M. (1987). *Codependent No More: How to Stop Controlling Others and Start Caring for Yourself*, San Francisco: Harper.
- Beattie, M. (1994). *Koniec Współuzależnienia. Jak Przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Poznań: Wyd. Media Rodzina of Poznań.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Cekiera, C. (1985). *Toksykomania, narkomania, lekomania, alkoholizm, nikotynizm*, Warszawa: PWN.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependency*. Minneapolis: Johnston Institute Book.
- Cierpiątkowska, L. (1997). *Alkoholizm. Matężństwo w procesie zdrowienia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cierpiątkowska, L. (2000). *Alkoholizm, Przyczyny, Leczenie, profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Dodziuk, A. (2001). Psychoterapia i rozwój, *Świat Problemów*, 11, 21-24.
- Forward, S. (1992). *Toksyczni rodzice*, Warszawa: Jacek Santorski &CO. Agencja Wydawnicza.
- Frączek, A. (1986). *Studia nad uwarunkowaniem i regulacją agresji interpersonalnej*, Wrocław: Wydawnictwo Zakładu Psychologii Państwowej Akademii Nauk.
- Frączek, A., Zumkley, H. (red.). (1993). *Socjalizacja a agresja*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

- Gasiul, H. (1998). U podstaw mechanizmów uzależnień. Perspektywa jako istoty emocjonalnie uwikłanej, *Studia nad Rodziną*, 2, 47-64.
- Gaś, Z.B. (1987). *Agresja a osobowość w uzależnieniach*, Rzeszów: WSP.
- Gaś, Z.B. (1993). *Rodzina a uzależnienia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Grudziak-Sobczyk, E., Morawski, J. (1988). Współuzależnienie – co to jest?. *Problemy Alkoholizmu*, 10, 11-12.
- Hall, C.S., Lindzey G. (1998). *Teorie osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hemfelt, R. Meier, P., Minirth, F. (2004). *Miłość to wybór. O terapii współuzależnienia*, Poznań: W Drodze.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*, Warszawa: PZWL.
- Kapler, L. (1999). Pułapka diagnozy współuzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6(9), 9-13.
- Kinney, J., Leaton G. (1996). *Zrozumieć alkohol*, Warszawa: PARPA.
- Kisiel, M. (1997). *Terapia osób współuzależnionych. Scenariusze zajęć grupy psychoedukacyjnej. Poradnik terapeuty*, Warszawa: Wydawnictwo IPZiP PTP.
- Kisiel, M. (2001). *Zajęcia psychoedukacyjne dla współuzależnionych*, Warszawa: Wydawnictwo IPZ PTP
- Kubacka-Jasiecka, D. (1986). *Struktura „ja” a związek między agresywnością a lękiem*, Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997a). Założenia koncepcyjne i badania pilotażowe programu badawczego Analiza Przebiegu i Efektów Terapii Osób Współuzależnionych, *Alkoholizm i Narkomania*. 3(28), 431-440.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997b). Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współuzależnionych, *Alkoholizm i Narkomania*. 3(28), 341-454.
- Kurza, K. (2000a). *Przegląd badań dotyczących współuzależnienia*, Warszawa: IPZ.
- Kurza, K. (2000b). Charakterystyka kobiet współuzależnionych. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 6(15), 17-19.
- Kurza, K. (2000c). Zaburzenia w funkcjonowaniu psychologicznym kobiet współuzależnionych, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 2(11), 31-35.
- Kurza, K. (2000d). Współuzależnienie kobiet, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3(12), 25-28.
- Kurza, K. (2000e). Efektywność terapii współuzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4(13), 12-15.

- Kurza, K. (2002). Analiza Przebiegu i Efektów Terapii dla Osób Współuzależnionych. Raport zbiorczy podsumowanie programu badawczego APETOW 1998-2002 IPZ. Warszawa.
- <http://www.ipz.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2615>
- Kurza, K (2003). Proces pozytywnych zmian, *Świat Problemów*, 9(128), 23-26.
- Libera, A. (2003). Obraz siebie u żon alkoholików, *Świat Problemów*, 9(128) 27-29.
- Margasiński, A. (2000). Syndrom współuzależnienia *Terapia uzależnienia i współuzależnienia*, 5, 31-35.
- Mellibruda, J. (1996). *Ludzie z problemami alkoholowymi*, Warszawa: CRS.
- Mellibruda, J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*, Warszawa: Wydawnictwo IPZ.
- Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia, *alkoholizm i Narkomania*, 3, 421-430.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989a). *Psychologiczne Problemy żon alkoholików, sprawozdanie z II fazy badań*, Warszawa: Wydawnictwo IPZiT PTP.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989b). *Współuzależnienie i inne problemy psychologiczne żon pacjentów uzależnionych*, Warszawa: Wydawnictwo IPZiT PTP.
- Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współuzależnienia, *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28), 421-430.
- Mellody, P. (1993). *Toksyczne związki anatomia i terapia współuzależnienia*, Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co.
- Mellody, P. (2005). *Toksyczna miłość i jak się z niej uwolnić*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO.
- Millon, T., Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Norwood, R. (2004). *Kobiety, które kochają za bardzo*, Poznań: REBIS.
- Osiatyński, W. (1992). *Alkoholizm. Grzech czy choroba?*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ryś, M. (1998). Rodzina z problemem alkoholowym jako rodzina dysfunkcyjna, *Studia nad Rodziną*, 2, (65-74).
- Ryś, M. (1999). *Psychologia małżeństwa w zarysie*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno- Pedagogicznej MEN.
- Ryś, M. (2007). *Rodzinne uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania Dorosłych Dzieci Alkoholików*, Warszawa: PWN.

- Ryś, M. (2010). *Gdy alkohol staje się głową rodziny*, Warszawa: MCPS.
- Ryś, M. (2014). *Rodzina z problemem alkoholowym. Metody badań relacji interpersonalnych w dysfunkcyjnych systemach rodzinnych*, Warszawa: MCPS.
- Sagadyn, L. (1996). Nerwica czy życie z alkoholikiem? *Świat Problemów*, 1-2, 17-21.
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wyd. ATK.
- Sobolewska, Z. (1996). W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia, *Świat Problemów*, 1-2, 4-10.
- Sobolewska, Z. (2002). Współuzależnienia. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 4(25), 36-38.
- Szczepańska, H. (1992). *Żony alkoholików. Problemy psychologiczne, proces zdrowienia, terapia*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Sztander, W. (1993). *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (1995). Co to jest rodzina alkoholowa. *Świat Problemów*, 12, 4-7.
- Sztander W. (1999). *Poza kontrolą*. Warszawa: PARPA.
- Sztander, W. (2004). *Pułapka współuzależnienia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Wegscheider-Cruse, S (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Wesołkowska, A., Wasilewska-Śpioch, A. (2004). *Buty mojego męża*. Poznań: Media Rodzina.
- Wobiz, A. (2001). *Współuzależnienie w rodzinie alkoholowej. Czym to się je i jak się tym nie udławić?*, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Woititz, J.G. (1989). *Małżeństwo na lodzie*, Warszawa: IPZ.
- Woititz, J.G. (1994). *Dorośle Dzieci Alkoholików*. Warszawa: IPZiT PTP.
- Woronowicz, B. T. (1998). *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa: PARPA.
- Woronowicz, B.T. (2001). *Bez tajemnic. O uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woydyłło, E. (1998). *Wybieram wolność*, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.