

Marta Miklasiewicz

Związek samoświadomości z nadzieją podstawową i stylami radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet będących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii

Studia Psychologica nr 7, 37-61

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MARTA MIKLASIEWICZ
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

**ZWIĄZEK SAMOŚWIADOMOŚCI Z NADZIEJĄ
PODSTAWOWĄ I STYLAMI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM
U WSPÓLZALEŻNIONYCH KOBIET BĘDĄCYCH W POCZĄTKOWEJ
I ZAAWANSOWANEJ FAZIE TERAPII**

Relation between self-awareness with basic hope and ways of coping with stress in the co-dependency women who are in a preliminary and advanced phase of therapy

Abstract

The article presents some modern theoretical views of empirical studium on the functioning of co-dependency women in preliminary and advanced phase of therapy. The author contentrates on comparative analysis of functioning of co-dependency women in a preliminary and advanced stage of therapy in a context of three psychological variables: self-awareness, basic hope, and the ways of coping with stress.

1. WPROWADZENIE

Problemami psychologicznymi kobiet współzależnionych zaczęto zajmować się stosunkowo niedawno. Praktyka kliniczna oraz badania prowadzone na przełomie lat 80. i 90. pokazały, iż nie tylko alkoholik potrzebuje leczenia, ale również cała jego rodzina (Kurza, 2003, s. 23). Według szacunkowych danych statystycznych¹, 14% mężczyzn i 4% kobiet, czyli 42 mln obywateli państw należących do Unii Europejskiej, przyznaje się do nadużywania alkoholu lub choroby alkoholowej. Zakładając, iż każdy z nich ma bezpośredni wpływ na życie przynajmniej jednej osoby niepijącej, najczęściej żony, to można przypuszczać, że większość z nich to osoby współzależnione (Rybka, 1998). Natomiast w naszym kraju szacuje się, iż w rodzinach z problemem alkoholowym żyje od 4 do 5 mln ludzi (Ryś, Wódcz, 2003, s. 118). Powyższe dane są alarmujące i podkreślają społeczne znaczenie problemu uzależnienia i współzależnienia oraz stwarzają potrzebę rozmowy o możliwościach profesjonalnej pomocy psychologicznej osobom, które zostały dotknięte chorobą alkoholową.

¹ Dane zostały opublikowane w raporcie opracowanym w ramach projektu badawczego prowadzonego wspólnie przez EURO CARE i Związek Stowarzyszeń na Rzecz Rodziny w Unii Europejskiej (Confederation of Family Associations in the European Union, COFACE) (Rybka, 1998).

Niniejszy artykuł ma na celu sprawdzenie, czy istnieje związek między samoświadomością i poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet uczestniczących w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii. Istotą pracy jest analiza kierunku zmian funkcjonowania psychologicznego współzależnionych kobiet, będących w trakcie terapii, pod względem wybranych zmiennych.

Jednoznaczne określenie definicji współzależnienia jest dość trudne, gdyż do tej pory występuje zróżnicowanie co do stanowisk i definicji, przy czym zasadnicze kwestie koncentrują się wokół pytania o to, czy mamy do czynienia z chorobą, zaburzeniami osobowości czy przystosowawczą reakcją na stres (Margasiński, 2000, s. 31). Pierwszym podejściem jest traktowanie współzależnienia jako choroby, która jest bezpośrednią i niemal automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera (Cermak, 1986; Woititz, 1994; Beattie, 1994). W drugim podejściu współzależnienie rozumiane jest jako zespół cech, które powstały w dzieciństwie w wyniku działania mechanizmów obronnych wytworzonych w odpowiedzi na złe traktowanie (Sztander, 1997; Bradshaw, 1994; Norwood, 2004; Mellody, 2005). Z kolei zwolennicy trzeciego podejścia traktują współzależnienie jako zjawisko związane z procesem adaptacji do chronicznego przebywania w sytuacji stresowej (Szczepańska, 1992, 1996; Mellibruda, Sobolewska, 1997; Sobolewska, 2002).

Problematyce współzależnienia został poświęcony program badawczy przeprowadzony w Instytucie Zdrowia PTP, który obejmował trzy etapy. Pierwszy etap w 1988 r. stanowił analizę literatury i ilościowe badania empiryczne nad specyfiką problemów żon alkoholików. W badaniach uczestniczyło 126 współzależnionych kobiet i 49 żon cukrzyków, będących grupą porównawczą. Drugi etap w 1989 r. obejmował pogłębioną analizę kliniczną mechanizmów psychologicznych warunkujących współzależnienie, dokonaną na podstawie wywiadów z 28 żonami alkoholików. Natomiast od 1997 r. w ramach trzeciego etapu rozpoczęto program badawczy Analiza Przebiegu i Efektów Terapii dla Osób Współzależnionych (APETOW) (Kurza, 2000a).

Celem programu badawczego APETOW było sprawdzenie, czy model terapii żon alkoholików, jaki został stworzony na bazie traktowania współzależnienia jako specyficznego mechanizmu adaptacji do sytuacji codziennego życia z osobą uzależnioną, faktycznie prowadzi do zmiany funkcjonowania pacjentek w kierunku lepszego radzenia sobie przez nie z sytuacją życiową (Kucińska i in., 1997a, s. 432). W tym celu najpierw przeprowadzono badania pilotażowe, którymi zostały objęte dwie skrajne podgrupy spośród całej grupy badawczej kobiet współzależnionych, a mianowicie podgrupę 14 kobiet rozpoczynających terapię oraz podgrupę 25 kobiet kończących terapię. Badanie miało charakter ankietowy. Uzyskane wyniki badań świadczą o tym, iż kobiety kończące terapię mają dodatni bilans emocjonalny, niższy poziom lęku oraz bardziej racjonalne poglądy na temat alkoholizmu męża w porównaniu z kobietami rozpoczynającymi terapię. Różnice między osobami rozpoczynającymi a kończącymi terapię można interpretować jako efekt pozytywnych oddziaływań terapeutycznych (Kucińska i in., 1997b, s. 439-451). Jednak, jak twierdzi Włodawiec (1998, s. 8) dopiero badania ewaluacyjne, w których ta sama grupa będzie kilkakrotnie badana tymi samymi metodami badawczy-

mi przed terapią i po jego zakończeniu, pozwolą na miarodajną ocenę efektywności terapii współzależnienia.

W kolejnych latach 1998-2002 w ramach programu badawczego APETOW realizowano badania ewaluacyjne. Przeprowadzono cztery pomiary: przy rozpoczęciu terapii (N = 390), przy wypisie (N = 158), pół roku po wypisie z terapii (N = 86), rok po wypisie (N = 54). Analizowano trzy obszary psychologicznego funkcjonowania: emocjonalny, poznawczy i behawioralny. Wyniki kolejnych pomiarów pokazują proces pozytywnych zmian, jaki dokonuje się w kobietach uczestniczących w terapii. Ogólny stan zdrowia psychicznego kobiet zgłaszających się na terapię wskazywał na występowanie współzależnienia (Kurza, 2000b, 2000c). Wyniki pomiarów przeprowadzonych po zakończeniu terapii wskazują na bardziej stabilny stan emocjonalny osób badanych z przewagą pozytywnych emocji. Zmianie ulega też ich obraz siebie, nabierają przekonania o posiadaniu umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz stają się bardziej niezależne od alkoholika. Zaobserwowane zmiany bezpośrednio po zakończeniu terapii utrzymują się zarówno pół roku później, jak i po upływie roku (Kurza, 2001, 2002).

Podobne badania porównawcze przeprowadzono w ramach realizowanego w 26 placówkach odwykowych podstawowego programu terapii współzależnienia (PPTW) opracowanego przez Kisiel, a finansowanego przez PARPA. Badania objęły grupę składającą się ze 166 współzależnionych kobiet, które zostały przebadane za pomocą narzędzi stosowanych w programie APETOW przed terapią i po terapii. Na podstawie wyników badań stwierdzono następujące zmiany dotyczące funkcjonowania w sferze behawioralnej, emocjonalnej i poznawczej: wycofanie z zachowań sprzyjających picciu męża, nadopiekuńczości, nadodpowiedzialności i nadmiernej kontroli, mniejszą koncentrację myśli, uczuć i zachowań na współmałżonka, dodatni bilans emocjonalny, czyli częstsze odczuwanie pozytywnych emocji, niższy poziom lęku i złości, wyższy poziom poczucia koherencji, mniejsze nasilenie zaburzeń psychicznych, większą koncentrację na swoich potrzebach, a także częstsze podejmowanie kontaktów społecznych. Jak podkreśla Kurza (2000d, s. 12-15), niezależnie od satysfakcjonujących wyników podstawowego programu terapeutycznego współzależnienia kobiet, wskazują one jedynie na proces pozytywnych zmian współzależnionych kobiet, a nie na funkcjonowanie charakterystyczne dla osób zdrowych, a przez to sugerują konieczność dalszego leczenia.

Z kolei badania Sagadyna (1996, s. 18n.) wskazują na wysoką korelację między zaburzeniami nerwicowymi a objawami współzależnienia. U 80,4% pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i zespołów nerwicowych stwierdzono współzależnienie, z czego 33,5% stanowiły osoby współzależnione, 26,8% Dorosłe Dzieci Alkoholików, 20,1% osoby współzależnione, będące jednocześnie DDA. Badanie grupy współzależnionych za pomocą testu MMPI wskazało na dominację zaburzeń osobowości, zachowania izolacyjnie społeczne, podwyższone wyniki w skali intrywersji oraz tendencje do zachowań kompulsywnych.

Podobne wnioski z badań nad pacjentkami współzależnionymi, będącymi przed terapią, zostały zaprezentowane w 1999 r. Z uzyskanych danych wynika, iż objawy psychopatologiczne występujące u żon alkoholików mają charakter złożony i przybierają kształt podobny jak w zaburzeniach typu neurotycznego, a także zaburzeń związanych ze stresem (Mellibruda, Kucińska, 1999).

Kolejna próba badań empirycznych na grupie osób współzależnionych została podjęta przez Margasińskiego (2000, s. 34n.), który skonstruował projekt kwestionariusza do badania symptomów współzależnienia nazwany „Kwestionariuszem relacji z innymi”. W rezultacie przeprowadzenia dwóch wersji pilotażowych okazało się, iż statystycznie różnicujące są: niskie poczucie własnej wartości, zewnątrz sterowność, nadopiekuńczość, złość, agresja, zaprzeczanie oraz problemy seksualne.

W badaniach Libery (2003, s. 27-29) nad obrazem siebie u żon alkoholików wysunięto wiele istotnych wniosków. Jak wskazują wyniki badań, osoby współzależnione cechuje tendencja do krytykowania siebie, poczucie bezradności w sytuacji stresu, nieśmiałość, rezerwa, częste angażowanie się w sferę zadaniową oraz rozbieżność obrazów realnego i idealnego.

Z kolei badania nad stylami radzenia sobie ze stresem u żon alkoholików zapoczątkowali Mellibruda i Szczepańska (1989). Wyniki badań, przeprowadzonych za pomocą Kwestionariusza WCQ Folkmana i Lazarusa, wykazały, iż żony alkoholików najczęściej stosują następujące strategie: planowe rozwiązywanie problemu, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz konfrontacja. Jednocześnie stwierdzono, iż współzależnione kobiety tym częściej wybierały dystansowanie się, im dłuższy był okres nadużywania alkoholu przez męża i tym częściej stosowały konfrontację, im wyższe było nasilenie picia męża. Poza tym odnotowano związek między nasileniem poczucia krzywdy a wyborem unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

W badaniach Kurzy (2004, s. 8-12) wzięło udział 138 kobiet uczestniczących w pierwszych fazach terapii współzależnienia. Wyniki pomiaru z zastosowaniem kwestionariusza radzenia sobie ze stresem Moosa (*The Coping Responses Inventory*) wykazują, iż badane współzależnione najczęściej wykorzystują następujące style radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie wsparcia, analiza logiczna, rozwiązywanie problemu, pozytywne przewartościowanie. Należy zauważyć, iż wszystkie wymienione reakcje osób badanych należą do stylów mających na celu rozwiązanie problemu. Wynika z tego, iż kobiety, które zgłosiły się do placówek na leczenie, wykazują zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a nie jakby się wydawało emocjonalny czy unikowy. Jeśli chodzi o doznawanie przemocy to nie stwierdzono zależności między nasileniem przemocy w rodzinie pochodzenia a stylami radzenia sobie ze stresem. Natomiast kobiety bite przez partnera wykazują większą skłonność do przyjmowania stylów ukierunkowanych na radzenie sobie z emocjami (*Wyładowanie emocjonalne*) oraz unikanie realistycznego myślenia o sytuacji stresowej, zaprzeczanie istnienia problemu (*Unikanie poznawcze*), a także częściej próbują zaakceptować problem, postrzegając sytuację jako niemożliwą do zmiany (*Akceptacja i rezygnacja*). Badania wykazały, iż na wybór strategii radzenia sobie ze stresem nie wpływają przykre doświadczenia z dzieciństwa ani pochodzenie z rodziny alkoholowej.

W wyniku zapoznania się z literaturą dotyczącą problematyki współzależnionych kobiet i ich funkcjonowania w sytuacji przewlekłego stresu oraz możliwościach ich terapii powstało pytanie, w jaki sposób zmienia się samoświadomość współzależnionych kobiet, które uczestniczą w procesie terapeutycznym, i w jaki sposób samoświadomość tych kobiet wiąże się z innymi zmiennymi psychologicznymi, typu nadzieja podstawowa czy style radzenia sobie ze stresem. Aby w pełni

odpowiedzieć na to pytanie, poniżej zostaną scharakteryzowane wymienione zmienne.

Zgodnie z teorią Zaborowskiego (1989), samoświadomość rozumiana jest jako proces kodowania i integrowania informacji o własnej osobie. Informacje te można kodować i przetwarzać w różnej formie, co pozwala wyodrębnić cztery typy samoświadomości: indywidualną, zewnętrzną, obronną i refleksyjną (Zaborowski, 2000).

Samoświadomość indywidualna polega na emocjonalnym, personalnym przetwarzaniu informacji o własnej osobie. Łączy się ona z aktywizacją osobistych schematów i standardów oraz struktury „ja”, które badane były przez Hulla i Levy’ego w 1981 r. Efektem indywidualnej samoświadomości może być egocentryzm, spadek samooceny, zaostrzone poczucie odrębności, introwertywność (Zaborowski, 1998, s. 52).

Samoświadomość obronna charakteryzuje się kodowaniem i przetwarzaniem informacji o własnej osobie na podłożu lęku i niepokoju. U osób przejawiających tę formę występują uczucia zwątpienia, niezadowolienia z siebie, utrata wiary, poczucie winy i beznadziejności. Poza tym tworzą się mechanizmy obronne, np. racjonalizacji, projekcji, wyparcia. Lęk przyczynia się do zawężenia pola samoświadomości, co powoduje zniekształcenie myśli i zastąpienie myślenia racjonalnego, abstrakcyjnego, myśleniem konkretno-obrazowym z cechami sztywności i jednostronności. Samoświadomość obronna pojawia się w warunkach straty, niepowodzenia, doświadczenia stresujących sytuacji oraz w wyniku choroby fizycznej czy psychicznej (Zaborowski, 2002, s. 112).

Samoświadomość zewnętrzna łączy się z obiektywnym i uspołecznionym kodowaniem, a także przetwarzaniem informacji o własnej osobie. Charakteryzuje się otwartością na normy i role społeczne, a niekiedy prowadzi do konformizmu. Jednostka, wyzbywając się subiektywizmu, staje się dla siebie przedmiotem percepcji i poznania, co może przyczynić się do rzeczowego stosunku wobec innych. Ważną formą samoświadomości zewnętrznej jest samoświadomość zadaniowa, która sprzyja efektywnej współpracy, przystosowaniu społecznemu oraz ułatwia sprawną realizację zadań (Zaborowski, Oleszkiewicz, 1988, s. 18).

Samoświadomość refleksyjna polega na poznawczym, uogólnionym, abstrakcyjnym przetwarzaniu informacji o własnej osobie. Jest najwyższą formą samoświadomości. Ułatwia głębsze samopoznanie, samorealizację, krytycyzm oraz liczenie się zarówno z własnymi potrzebami, jak i wymogami, normami środowiska. Omawiana forma samoświadomości wpływa z jednej strony na utrzymanie konstruktywnej tożsamości, a z drugiej sprzyja zjawisku progresji i zmianom w osobowości (Zaborowski, 2002, s. 113n.).

Z kolei **nadzieja podstawowa** jest znamienym przeświadczeniem jednostki o dwóch ogólnych i łączących się ze sobą właściwościach świata: że jest on uporządkowany i sensowny oraz że jest generalnie przychylny ludziom (za: Trzebiński, Zięba, 2003a, s. 4). Pojęcie to odnosi się do poglądów jednostki na strukturę świata oraz traktowane jest przez Eriksona (2002, s. 67-74) jako jedna z ośmiu cnót podstawowych *ego*, która tworzy się bardzo wczesnie w rozwoju psychiki dziecka. W licznych badaniach ukazano związek nadziei podstawowej z wybranymi zmiennymi osobowościowymi. Zgodnie z oczekiwaniami nadzieja podstawowa koreluje z optymizmem, satysfakcją z życia oraz pozytywnym nastrojem. Poza tym wyka-

ziano związek nadziei podstawowej z poczuciem kontroli, wiarą we własny sukces, wiarą w siłę własnej woli w realizowaniu celów, a także z wynikami Skali Kompetencji Osobistej (Trzebiński, Zięba, 2003a, s. 16n.). Inne badania pokazały, iż nadzieja podstawowa koreluje ujemnie zarówno z lękiem rozumianym jako cecha, jak i lękiem jako stanem, a także negatywnie wiąże się z poziomem depresyjności (Trzebiński, Zięba, 2003b, s. 25n.). Nadzieja wiąże się również z nasileniem objawów psychosomatycznych, to znaczy: im słabsza nadzieja podstawowa, tym silniejsze objawy somatyczne (Trzebiński, 2001). Po analizie związku nadziei podstawowej z cechami osobowości w teorii Wielkiej Piątki okazało się, że nadzieja podstawowa dodatnio koreluje z „otwartością, ekstrawersją i sumiennością” oraz nie wiąże się z „neurotycznością” (Trzebiński, Zięba 2003a, s. 18). Jak do tej pory nie prowadzono badań w zakresie poziomu nadziei podstawowej u współzależnych kobiet, czego podjęła się autorka niniejszego artykułu.

Przetwarzanie informacji na swój temat oraz nadzieja podstawowa uzależnione są od warunków, w jakich dana osoba wychowuje się, wzrasta i przebywa oraz od tego, jak sobie radzi z trudnymi doświadczeniami, czyli jakie przyjmuje style radzenia sobie ze stresem.

Endler i Parker w swojej koncepcji radzenia sobie ze stresem wyróżniają: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu (za: Borkowski, 2001, s. 26).

Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacji stresu podejmują zadania, wysiłki lub plany w celu rozwiązania problemu, stosując poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji (Szczepaniak, i in., 1996, s. 192).

Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) występuje u osób, które w sytuacji stresowej koncentrują się na sobie i własnych przeżyciach emocjonalnych typu złość, poczucie winy, napięcie. Przez to wykazują tendencje do myślenia życzeniowego i fantazjowania, co ma prowadzić do zmniejszenia napięcia emocjonalnego, aczkolwiek czasami powiększa poczucie stresu i powoduje wzrost napięcia czy przygnębienia (Strelau, i in., 2005, s. 17).

Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacji stresu wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, doświadczania i przeżywania sytuacji trudnej. Styl ten przyjmuje dwie formy: **angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)** przez np. oglądanie telewizji, pójście na zakupy, myślenie o sprawach przyjemnych, objadanie się, albo **poszukiwanie towarzystwa (PKT)** (Szczepaniak i in., 1996, s. 192).

2. PROBLEMATYKA BADAŃ I POSTAWIONE HIPOTEZY

Problemy badawcze w ramach niniejszego artykułu dotyczą sześciu zagadnień:

- ustalenia, czy istnieją różnice w zakresie poziomu **nadziei podstawowej** między współzależnymi kobietami w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii;
- wskazania ewentualnych różnic w zakresie funkcjonowania samoświadomości pomiędzy współzależnymi kobietami w różnych fazach terapii;
- sprawdzenia, czy występują różnice w stylach radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet będących w różnych fazach terapii;

– ustalenia, czy występuje zależność między poziomem nadziei podstawowej a samoświadomością u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii;
– sprawdzenia, czy występuje zależność między poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem w grupie współzależnionych kobiet będących w trakcie terapii;

– wskazania ewentualnych zależności między funkcjonowaniem samoświadomości a stylami radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet.

W ramach badań postawiono następujące hipotezy:

1) Założono, iż występują różnice w zakresie poziomu nadziei podstawowej między współzależnionymi kobietami w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii, to znaczy, że im dłuższy udział w terapii, tym wyższy poziom nadziei podstawowej w badanej grupie.

2) Założono również, iż występują różnice w zakresie funkcjonowania samoświadomości między grupą współzależnionych kobiet w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii.

A więc:

a) kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w skali **samoświadomości indywidualnej** niż kobiety w pierwszej fazie terapii.

b) kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w skali **samoświadomości zewnętrznej** niż kobiety, które uczestniczą w terapii od 1 miesiąca;

c) kobiety, które uczestniczą w terapii od ponad roku, będą odznaczały się niższymi wynikami w skali **samoświadomości obronnej** niż kobiety, które krótko uczestniczą w terapii;

d) kobiety, które uczestniczą w terapii od ponad roku, będą odznaczały się wyższymi wynikami w skali **samoświadomości refleksyjnej** niż kobiety rozpoczynające terapię;

3) Przyjęto też, że występują różnice w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet w zależności od czasu trwania terapii.

Przyjęto więc, że:

a) kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku, będą odznaczały się wyższymi wynikami w zakresie **zadaniowego stylu radzenia sobie** ze stresem niż kobiety, które dopiero rozpoczęły terapię;

b) kobiety, będące w terapii od ponad roku, będą odznaczały się niższymi wynikami w zakresie **emocjonalnego stylu radzenia sobie** ze stresem niż kobiety rozpoczynające terapię;

c) kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w zakresie **unikowego stylu radzenia sobie** ze stresem niż kobiety rozpoczynające terapię.

4) Założono także, iż istnieje zależność między poziomem **nadziei podstawowej** a funkcjonowaniem samoświadomości u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii.

A więc:

a) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości indywidualnej;

b) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości zewnętrznej;

c) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości obronnej;

d) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym wyższe wyniki w skali samoświadomości refleksyjnej w badanej grupie współzależnionych kobiet.

5) Założono, że występują zależności między poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem.

A więc:

a) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii;

b) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem;

c) im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

6) Założono też, iż istnieją zależności między funkcjonowaniem samoświadomości a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w grupie współzależnionych kobiet.

Tak więc:

a) im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym niższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem;

b) im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem;

c) im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem;

d) im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem;

e) im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem;

f) im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem przez poszukiwanie towarzystwa;

g) im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym niższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem;

h) im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem;

i) im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, w tym czynności zastępczych;

j) im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem w badanej grupie współzależnionych kobiet;

k) im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym niższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem;

l) im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym niższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

3. BADANE OSOBY I ZASTOSOWANE METODY

W badaniu wzięło udział 120 współzależnionych kobiet uczestniczących w różnej fazie terapii na terenie Warszawy i Suwałk. Na podstawie Ankiety wyodrębniono spośród badanych dwie grupy: 51 kobiet w początkowej (1-6 miesięcy) i 37 kobiet w zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii. Średni wiek badanych kobiet wynosił ok. 49 lat. Wszystkie osoby badane były w związku małżeńskim i mieszkały w jednym gospodarstwie domowym wraz ze współmałżonkiem.

W ramach przeprowadzonych badań wykorzystano trzy metody kwestionariuszowe: Skalę Samoświadomości, Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12, Kwestionariusz CISS oraz metodę własną – Ankieta, której celem było wyłonienie spośród badanych współzależnionych kobiet dwóch grup badawczych, a mianowicie uczestniczących w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej 1 roku) fazie terapii.

a) Skala Samoświadomości Z. Oleszkiewicz i Z. Zaborowskiego (0-Z)

Skala została skonstruowana do pomiaru intensywności czterech form samoświadomości, które szczegółowo zostały opisane w części teoretycznej.

Rzetelność została obliczona na podstawie zgodności wewnętrznej (współczynnik Kuderera-Richardsona), który dla samoświadomości indywidualnej wynosi 0,78, zewnętrznej 0,70, obronnej 0,85, refleksyjnej 0,82. Natomiast stabilność bezwzględna dla próbki 50 osób po 3 tygodniach wyniosła dla samoświadomości indywidualnej 0,81, zewnętrznej 0,78, obronnej 0,89, refleksyjnej 0,87. Dokonano również normalizacji na skalę stenową na populacji 663 nauczycieli i studentów (Oleszkiewicz, 1988, s. 32).

b) Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12 J. Trzebińskiego i M. Zięby

Podczas dziewięciu badań z wykorzystaniem BHI-12, prowadzonych w latach 2001-2003, uzyskano satysfakcjonującą rzetelność. Zbiorczy wskaźnik (N = 616) zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) wyniósł 0,82 (Trzebiński, Zięba, 2003b, s. 16). Trafność Kwestionariusza oceniano na podstawie badań dotyczących związku między poziomem nadziei podstawowej a konsekwencjami znalezienia się w sytuacjach zaburzenia ładu oraz związku podstawowej nadziei z wybranymi zmiennymi osobowościowymi. Badano również trafność czynnikową.

c) Kwestionariusz CISS N.S. Endlera i J.D. A. Parkera

Polska wersja Kwestionariusza CISS N.S. Endlera i J.D. A. Parkera, podobnie jak oryginalna wersja, cieszy się zadowalającymi wartościami psychometrycznymi. Została oceniona: moc dyskryminacyjna pozycji, korelacje pozycji ze skalami, wielkość ładunku czynnikowego, aprobatą społeczną, rzetelność, pomiar trafności treściowej pozycji, trafność kryterialna i teoretyczna (Szczepaniak i in., 1996, s. 187-208).

Rzetelność została zmierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Dane uzyskane na podstawie badania trzech grup są zadowalające. Współczynnik rzetelności dla skal SSZ i SSE przyjmuje wartości w granicach od 0,82 do 0,88, a dla skali SSU – od 0,74 do 0,78, jedynie podskala PKT w dwóch grupach badanych wykazała najniższą rzetelność poniżej wartości krytycznej 0,70, co częściowo może tłumaczyć mała liczba pozycji – 5 (Strelau i in., 2005, s. 26).

4. WYNIKI BADAŃ I ICH ANALIZA

W ramach niniejszego artykułu zostaną zaprezentowane wyniki uzyskane od 88 osób przebadanych czterema metodami: Kwestionariuszem Nadziei Podstawowej

(BHI-12), Skalą Samoświadomości, Kwestionariuszem CISS oraz Ankieta. Analizę otrzymanych wyników przeprowadzono przy użyciu: średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, testów istotności statystycznej (testu t równości średnich), zależności korelacyjnej, obliczeń procentowych. Na podstawie analizy statystycznej dokonano interpretacji wyników.

4.1. ANALIZA RÓŻNIC MIĘDZY BADANYMI GRUPAMI

W pierwszej kolejności dokonano analizy różnic między badanymi grupami wykorzystując test t-Studenta, gdyż rozkład wyników we wszystkich grupach badawczych nie odbiegał w sposób istotnie statystycznie od rozkładu normalnego.

4.1.1. POZIOMY NADZIEI PODSTAWOWEJ

Podstawowe parametry rozkładu wyników pomiaru poziomu nadziei podstawowej dla wszystkich badanych osób znajdują się w tabeli nr 1.

Tabela 1. Rozkład średnich i odchyłeń standardowych w dwóch grupach badawczych kobiet względem zmiennej – nadzieja podstawowa (BHI-12)

	Średnia		t	df	p	Odchylenie standardowe	
	G1	G2				G1	G2
Nadzieja podstawowa	31,10	32,43	-1,59	86	0,12	3,96	3,78

G1 – kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii (N = 51)

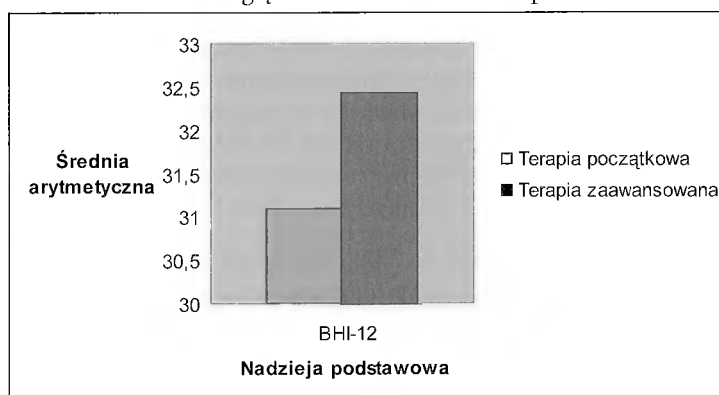
G2 – kobiety uczestniczące w zaawansowanej fazie terapii (N = 37)

Wyższą średnią w zakresie poziomu nadziei podstawowej uzyskały kobiety uczestniczące w zaawansowanej fazie terapii (32,43) niż kobiety rozpoczynające proces terapeutyczny (31,10), aczkolwiek są to różnice nieistotne statystycznie (na poziomie $p = 0,12$).

Przedstawione wyniki mogą świadczyć o tym, iż kobiety uczestniczące w zaawansowanej fazie terapii nie różnią się w zakresie poziomu nadziei podstawowej od kobiet będących w początkowej fazie terapii.

Wykres nr 1 przedstawia ilustrację graficzną uzyskanych średnich w dwóch grupach badawczych kobiet.

Wykres 1. Średnie nadziei podstawowej w dwóch grupach badawczych kobiet ze względu na czas trwania terapii



4.1.2. SAMOŚWIADOMOŚĆ

Podstawowe parametry rozkładu wyników pomiaru samoświadomości dla wszystkich badanych osób znajdują się w tabeli nr 2.

Tabela 2. Rozkład średnich i odchyłeń standardowych w dwóch grupach badawczych kobiet względem zmiennej – samoświadomość

Samoświadomość	Średnia		t	df	p	Odchylenie standardowe	
	G1	G2				G1	G2
Indywidualna	55,82	51,22	1,84	86	0,07	11,67	11,43
Zewnętrzna	48,08	43,43	2,39	86	0,02	8,56	9,58
Obronna	45,73	41,76	1,24	86	0,22	14,02	15,87
Refleksyjna	49,98	46,00	2,05	86	0,04	8,55	9,54

G1 – kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii (N = 51)

G2 – kobiety uczestniczące w zaawansowanej fazie terapii (N = 37)

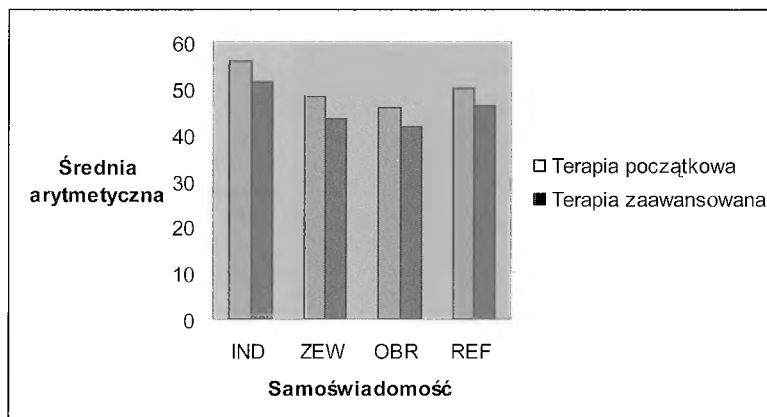
Najwyższe średnie w grupie kobiet uczestniczących w początkowej fazie terapii uzyskano dla formy indywidualnej samoświadomości (55,82). Najniższe średnie w tej grupie otrzymano w przypadku formy obronnej (45,73). Formy zewnętrzna i refleksyjna uzyskały średnie zbliżone do siebie, odpowiednio 48,08 i 49,98.

Podobnie w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii najwyższą średnią uzyskano również dla formy indywidualnej (51,22). Najniższą zaś w przypadku formy obronnej (41,76). Średnie form zewnętrznej i refleksyjnej wynoszą odpowiednio 43,43 i 46,00.

Przedstawione wyniki mogą świadczyć o tym, iż badane kobiety z grupy początkowej terapii bardziej funkcjonują na poziomie samoświadomości zewnętrznej i refleksyjnej niż kobiety w zaawansowanej terapii, co jest istotne statystycznie ($p < 0,05$). Podobną różnicę, aczkolwiek nieistotną statystycznie, uzyskano, w odniesieniu do samoświadomości obronnej, a także indywidualnej na poziomie $p = 0,7$.

Wykres nr 2 przedstawia ilustrację graficzną uzyskanych średnich w dwóch grupach badawczych.

Wykres 2. Porównanie średnich samoświadomości w dwóch grupach badawczych ze względu na czas trwania terapii



4.1.3. STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Podstawowe parametry rozkładów wyników pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem dla wszystkich badanych osób znajdują się w tabeli nr 3.

Tabela 3. Rozkład średnich i odchyłeń standardowych w dwóch grupach badawczych kobiet względem zmiennej – style radzenia sobie ze stresem

Style radzenia sobie ze stresem	Średnia		t	df	p	Odchylenie standardowe	
	G1	G2				G1	G2
Zadaniowy (SSZ)	56,41	52,11	2,67	86	0,01	7,11	7,94
Emocjonalny (SSE)	48,25	47,38	0,43	86	0,67	9,60	9,08
Unikowy (SSU)	40,86	45,59	-2,78	86	0,01	8,66	6,69
Czynności zastępcze (ACZ)	18,78	20,97	-2,19	86	0,03	4,53	4,78
Poszukiwanie towarzystwa (PKT)	14,67	16,54	-2,27	86	0,03	4,08	3,42

G1 – kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii (N = 51)

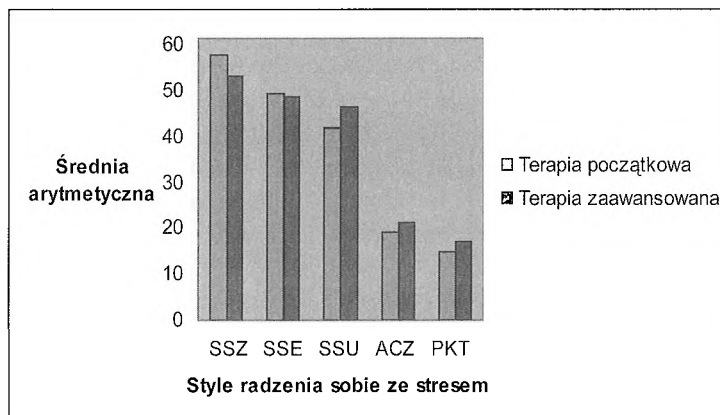
G2 – kobiety uczestniczące w zaawansowanej fazie terapii (N = 37)

Najwyższą średnią w grupie terapii początkowej uzyskano dla zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (56,41). Najniższą średnią w tej grupie otrzymano w przypadku podskali poszukiwanie towarzystwa (14,67). Pozostałe średnie prezentują się następująco: czynności zastępcze (18,78), unikowy (40,86) i emocjonalny (48,25) styl radzenia sobie.

W grupie terapii zaawansowanej najwyższą średnią uzyskano również dla zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (52,11). Najniższą średnią w tej grupie otrzymano w przypadku podskali poszukiwanie towarzystwa (16,54). Pozostałe średnie prezentują się następująco: czynności zastępcze (20,97), unikowy (45,59) i emocjonalny (47,38) styl radzenia sobie.

Wykres nr 3 przedstawia ilustrację graficzną uzyskanych średnich w dwóch grupach badawczych względem zmiennej – style radzenia sobie ze stresem.

Wykres 3. Porównanie średnich poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem w dwóch grupach badawczych ze względu na czas trwania terapii



Powyższe wyniki są istotne statystycznie oprócz różnicy średnich w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem. Uzyskane dane mogą świadczyć o tym, iż badane kobiety z grupy terapii początkowej częściej przyjmują zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem niż kobiety z grupy zaawansowanej terapii. W przypadku unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, w tym stosowaniu zarówno czynności zastępczych, jak i poszukiwania towarzystwa uzyskano odwrotną sytuację. Kobiety z grupy zaawansowanej terapii uzyskały średnie na wyższym poziomie niż kobiety z grupy początkowej terapii.

4.2. KORELACJE BADANYCH ZMIENNYCH

W celu zweryfikowania hipotezy dotyczącej zróżnicowania badanych kobiet z grup terapii początkowej i zaawansowanej pod względem nadziei podstawowej i samoświadomości w zależności od stylu radzenia sobie ze stresem oraz nadziei podstawowej w zależności od samoświadomości skorelowano ze sobą wyniki trzech kwestionariuszy: Kwestionariusza Nadziei Podstawowej (BHI-12), Skali Samoświadomości oraz Kwestionariusza CISS.

4.2.1. KORELACJE MIĘDZY NADZIEJĄ PODSTAWOWĄ A SAMOŚWIADOMOŚCIĄ

W celu weryfikacji hipotezy, dotyczącej zależności między poziomem nadziei podstawowej a natężeniem danej formy samoświadomości, dokonano podziału badanych osób na dwie grupy ze względu na długość terapii i obliczono korelacje r-Pearsona, stwierdzające zależności między poziomem nadziei podstawowej a stopniem nasilenia danej formy samoświadomości. Wyniki obrazuje tabela nr 4.

Tabela 4. Korelacje wyników Kwestionariusza Nadziei Podstawowej i Skali Samoświadomości w badanych grupach współzależnionych kobiet w trakcie terapii

Czas uczestniczenia w terapii	Samoświadomość	Nadzieja podstawowa	
		r	p
Terapia początkowa (N = 51)	Indywidualna	-0,12	0,414
	Zewnętrzna	-0,11	0,442
	Obronna	-0,11	0,440
	Refleksyjna	0,06	0,686
Terapia zaawansowana (N = 37)	Indywidualna	-0,20	0,236
	Zewnętrzna	-0,32	0,052
	Obronna	-0,38*	0,02
	Refleksyjna	-0,06	0,744

* $p < 0,05$

Na podstawie danych zawartych w tabeli nr 4 widoczna jest zależność między samoświadomością obronną a poziomem nadziei podstawowej w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii. I tak: im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym osoby rzadziej funkcjonują na poziomie samoświadomości obronnej (świadczy o tym korelacja ujemna $r = -0,38$ na poziomie $p < 0,05$). Pozostałe zależności są nieistotne statystycznie.

4.2.2. KORELACJE MIĘDZY NADZIEJĄ PODSTAWOWĄ
A STYLAMI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Celem sprawdzenia zależności między poziomem nadziei podstawowej a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem, w badanych grupach kobiet dokonano porównania siły związku między tymi zmiennymi. Wyniki obrazuje tabela nr 5 dla grupy kobiet uczestniczących w początkowej fazie terapii oraz tabela nr 6 dla grupy kobiet biorących udział w zaawansowanej fazie terapii.

Tabela 5. Korelacje wyników Kwestionariusza Nadziei Podstawowej i Kwestionariusza CISS w grupie współzależnionych kobiet w trakcie terapii początkowej

Czas uczestniczenia w terapii	Style radzenia sobie ze stresem	Nadzieja podstawowa	
		r	p
Terapia początkowa (N = 51)	Zadaniowy (SSZ)	-0,18	0,218
	Emocjonalny (SSE)	-0,09	0,508
	Unikowy (SSU)	0,06	0,661
	Czynności zastępcze (ACZ)	0,16	0,253
	Poszukiwanie towarzystwa (PKT)	0,006	0,968

W grupie współzależnionych kobiet uczestniczących w początkowej fazie terapii nie stwierdzono żadnej statystycznie istotnej zależności między poziomem nadziei podstawowej a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem.

Tabela nr 6 przedstawia korelacje między poziomem nadziei podstawowej a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii.

Tabela 6. Korelacje wyników Kwestionariusza Nadziei Podstawowej i Kwestionariusza CISS w grupie współzależnionych kobiet w trakcie terapii zaawansowanej

Czas uczestniczenia w terapii	Style radzenia sobie ze stresem	Nadzieja podstawowa	
		r	p
Terapia zaawansowana (N = 37)	Zadaniowy (SSZ)	0,28	0,095
	Emocjonalny (SSE)	- 0,34*	0,04
	Unikowy (SSU)	0,11	0,502
	Czynności zastępcze (ACZ)	0,16	0,356
	Poszukiwanie towarzystwa (PKT)	0,09	0,601

* $p < 0,05$

Na podstawie danych zawartych w tabeli nr 6 stwierdzono tylko jedną statystycznie istotną zależność między poziomem nadziei podstawowej a emocjonal-

nym stylem radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet w zaawansowanej fazie terapii. Współczynnik korelacji r-Pearsona, jaki uzyskano, wyniósł $r = -0,34$ i jest istotny statystycznie na poziomie $p < 0,05$. W pozostałych wymiarach nie uzyskano żadnych statystycznie istotnych korelacji.

4.2.3. KORELACJE MIĘDZY SAMOŚWIADOMOŚCIĄ A STYLAMI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Celem weryfikacji zależności między samoświadomością a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach kobiet dokonano porównania siły związku między tymi zmiennymi. Wyniki obrazuje tabela nr 7 dla grupy kobiet uczestniczących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii.

Tabela 7. Korelacje wyników Skali Samoświadomości i Kwestionariusza CISS w badanych grupach współzależnionych kobiet w trakcie terapii

Czas uczestniczenia w terapii	Style radzenia sobie ze stresem	Samoświadomość							
		IND		ZEW		OBR		REF	
		r	p	r	p	r	p	r	p
Terapia początkowa (N = 51)	SSZ	0,10	0,477	0,13	0,365	0,02	0,892	0,29*	0,036
	SSE	0,61***	0,000	0,55***	0,000	0,61***	0,000	0,28*	0,049
	SSU	0,08	0,593	0,09	0,518	0,24	0,089	0,13	0,372
	ACZ	0,22	0,128	0,03	0,841	0,33*	0,019	0,12	0,403
	PKT	-0,21	0,148	0,06	0,692	-0,04	0,795	0,02	0,887
Terapia zaawansowana (N = 37)	SSZ	-0,03	0,867	0,13	0,438	-0,09	0,587	0,22	0,188
	SSE	0,62***	0,000	0,54**	0,001	0,65***	0,000	0,29	0,078
	SSU	-0,03	0,858	-0,14	0,412	-0,01	0,970	-0,04	0,812
	ACZ	0,18	0,296	0,13	0,456	0,20	0,230	-0,20	0,225
	PKT	-0,27	0,111	-0,22	0,200	-0,27	0,113	0,25	0,142

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Na podstawie danych zawartych w tabeli nr 7 widoczna jest zależność między stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem a samoświadomością.

W grupie kobiet uczestniczących w początkowej fazie terapii zaznaczyła się dodatnia korelacja między zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością refleksyjną ($r = 0,29$; $p < 0,05$), emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością indywidualną ($r = 0,61$; $p < 0,001$), zewnętrzną ($r = 0,55$; $p < 0,001$), obronną ($r = 0,61$; $p < 0,001$), a także refleksyjną ($r = 0,28$; $p < 0,05$) oraz między czynnościami zastępczymi a samoświadomością obronną ($r = 0,33$; $p < 0,05$). Pozostałe zależności są nieistotne statystycznie.

Natomiast w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii zaznaczyły się tylko dodatnie zależności między emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością indywidualną ($r = 0,62$; $p < 0,001$), zewnętrzną ($r = 0,54$; $p < 0,01$) i obronną ($r = 0,65$; $p < 0,001$). Pozostałe zależności są nieistotne statystycznie.

5. Dyskusja wyników

W tej części artykułu została zamieszczona dyskusja otrzymanych wyników i wzajemnych zależności między zmiennymi po obliczeniach statystycznych oraz podjęta próba ich interpretacji w świetle istniejących teorii psychologicznych.

Pierwsza z hipotez głównych zakładała, iż występują różnice w zakresie poziomu nadziei podstawowej między grupą współzależnionych kobiet w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii. Przyjęto, że im dłuższy udział w terapii, tym wyższy poziom nadziei podstawowej w badanej grupie. Wprawdzie wyszły oczekiwane zależności, aczkolwiek analiza istotności różnic nie wykazała istotnych zależności na poziomie $p < 0,05$ (por. tabela nr 1, wykres nr 1). Fakt istnienia tych różnic, aczkolwiek nieistotnych statystycznie, wskazuje na potrzebę dalszych badań w zakresie wpływu terapii na poziom nadziei podstawowej w grupie współzależnionych kobiet. Uzyskane wyniki badań wskazują na charakter wzrostowy poziomu nadziei podstawowej wraz z trwaniem terapii u współzależnionych kobiet. Proces terapeutyczny wzmacnia ich nadzieję i wiarę na lepsze dni, a także przeświadczenie, iż otaczający świat jest ogólnie przychylny i sensowny.

Druga sformułowana hipoteza zakładała występowanie różnic w zakresie funkcjonowania samoświadomości między grupą współzależnionych kobiet w początkowej i zaawansowanej fazie terapii takich, że:

– kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w skali samoświadomości indywidualnej niż kobiety w pierwszej fazie terapii (hipoteza 2a);

– kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w skali samoświadomości zewnętrznej niż kobiety, które uczestniczą w terapii od 1 miesiąca (hipoteza 2b);

– kobiety, które uczestniczą w terapii od ponad roku, będą odznaczały się niższymi wynikami w skali samoświadomości obronnej niż kobiety, które krótko uczestniczą w terapii (hipoteza 2c);

– kobiety, które uczestniczą w terapii od ponad roku, będą odznaczały się wyższymi wynikami w skali samoświadomości refleksyjnej niż kobiety rozpoczynające terapię (hipoteza 2d).

Hipoteza ta została potwierdzona częściowo (por. tabela 2, wykres 2). Istotne różnice uzyskano odnośnie do skal: samoświadomość zewnętrzna i refleksyjna. Zgodnie z założeniami kobiety współzależnione w początkowej fazie terapii bardziej funkcjonują na poziomie samoświadomości zewnętrznej niż kobiety w zaawansowanej fazie terapii (hipoteza 2a). Przetwarzają informacje o własnej osobie w sposób obiektywny i uspołeczniony, wyzbywają się subiektywizmu i nie potrafią myśleć o sobie. Kierują się ogólnie przyjętymi normami i rolami społecznymi. Zaskakujące mogą być niższe wyniki w zakresie samoświadomości refleksyjnej w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii (hipoteza 2d), tym bardziej iż zgodnie z założeniami teoretycznymi samoświadomość refleksyjna powinna wzrastać wraz z trwaniem terapii (por. Ślaski, 2004). Wyższe wyniki w zakresie samoświadomości refleksyjnej na początku terapii mogą wynikać z tego, iż kobiety rozpoczynające terapię starają się przedstawić siebie w lepszym świetle. Do podobnych wniosków doszedł Mellibruda (1999, s. 126n.), który w swoich badaniach nad współzależnionymi kobietami uzyskał zdecydowanie więcej samookreśleń pozy-

tywnych niż negatywnych. Autor jest przekonany, iż w głębszej warstwie odczucia tych kobiet odnoszące się do własnej osoby są znacznie bardziej negatywne, co potwierdzają obserwacje kliniczne pochodzące z bardziej zaawansowanej pracy psychoterapeutycznej ze współzależnymi kobietami. Takie przedstawianie siebie w lepszym świetle jest przykładem działania mechanizmów obronnych u osób znajdujących się w chronicznej sytuacji stresowej, które chronią się przez to przed pogorszeniem stanu emocjonalnego za pomocą krytycznych samookreśleń. Niemniej dostrzega się potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

Jeżeli chodzi o samoświadomość indywidualną to rzeczywiście zgodnie z założeniami uzyskano wyższe średnie w grupie kobiet w początkowej fazie terapii niż w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii (hipoteza 2a), aczkolwiek były one nieistotne statystycznie. Podobne różnice wyszły w zakresie samoświadomości zewnętrznej (hipoteza 2c), jednak również okazały się nieistotne statystycznie. Fakt zaistnienia tych różnic, pomimo braku istotności statystycznej $p < 0,05$ świadczy o potrzebie dalszych badań w tym zakresie.

W trzeciej hipotezie przyjęto, iż występują różnice w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet w zależności od czasu trwania terapii takie, że:

- kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku, będą odznaczały się wyższymi wynikami w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem niż kobiety, które dopiero rozpoczęły terapię (hipoteza 3a);

- kobiety, będące w terapii od ponad roku, będą odznaczały się niższymi wynikami w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem niż kobiety rozpoczynające terapię (hipoteza 3b);

- kobiety, uczestniczące w terapii od co najmniej roku będą odznaczały się niższymi wynikami w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem niż kobiety rozpoczynające terapię (hipoteza 3c).

Hipoteza ta nie została potwierdzona (por. tabela nr 3, wykres nr 3). Wyniki badań pokazały, iż kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii wykazują bardziej zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem (hipoteza 3a), a nie jakby się wydawało emocjonalny czy unikowy. Podobne wyniki uzyskała Kurza (2004, s. 8-12), która przebadła 138 kobiet uczestniczących w pierwszych fazach terapii współzależnienia. Dane uzyskane z pomiaru za pomocą Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem Moosa wykazały, iż badane współzależnione najczęściej wykorzystują zadaniowe style radzenia sobie ze stresem poprzez poszukiwanie wsparcia, rozwiązywanie problemu, pozytywne przewartościowanie. Z kolei wyniki badań, przeprowadzonych za pomocą Kwestionariusza WCQ Folkmana i Lazarusa, wykazały, iż żony alkoholików najczęściej stosują następujące strategie: planowe rozwiązywanie problemu, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz konfrontacja (Mellibruda, Szczepańska, 1989). Do podobnych wniosków doszła Libera (2003, s. 28), która większe zaangażowanie w sferę zadaniową współzależnych kobiet uzasadniła tym, iż kobiety te lepiej się spełniają przez wykonywanie zadań, a nie podejmowanie kontaktów międzyludzkich, które są dla nich źródłem frustracji. Należy zaznaczyć, iż uzyskane wyniki badań pochodzą z grup kobiet, które same zgłosiły się na terapię, toteż nie obejmują całej populacji kobiet współzależnych.

Jeżeli chodzi o emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem to wprawdzie, zgodnie z założeniami, kobiety w początkowej fazie terapii uzyskały wyższe średnie niż kobiety w zaawansowanej fazie terapii (hipoteza 3b), jednak różnice okazały się nieistotne statystycznie. Z kolei istotne różnice uzyskano w skali unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, w tym również czynności zastępczych i poszukiwania towarzystwa, których wyższe wyniki uzyskano w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii, a nie jakby mogło się wydawać w grupie kobiet, które rozpoczynają terapię (hipoteza 3c). Aby wyjaśnić tę zależność, należy dokładniej przyjrzeć się specyfice badanej grupy kobiet współzależnionych oraz stosowanej wobec nich terapii. Kobiety, których mężowie nadmiernie piją, często przejmują wszystkie obowiązki domowe na siebie i przyjmują postawę zadaniową, a przez to zapominają o swoich potrzebach. Terapia współzależnienia ma na celu skłonić je, by uznały swoją bezsilność wobec pijącego męża i zamiast go kontrolować, zaczęły myśleć o sobie, pójść na zakupy związane ze swoimi potrzebami, spotkać się z koleżanką, zrobić sobie nową fryzurę. Wszystkie te czynności traktowane są przez autorów Kwestionariusza CISS jako unikowe czy zastępcze, ale w przypadku kobiet współzależnionych są one konieczne i niezbędne, aby mogły wrócić do lepszego funkcjonowania psycho-społecznego.

Czwarta hipoteza zakładała zależność między poziomem nadziei podstawowej a funkcjonowaniem samoświadomości u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii taką, że:

- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości indywidualnej (hipoteza 4a);
- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości zewnętrznej (hipoteza 4b);
- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości obronnej (hipoteza 4c);
- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym wyższe wyniki w skali samoświadomości refleksyjnej w badanej grupie współzależnionych kobiet (hipoteza 4d).

Hipoteza ta potwierdziła się częściowo (por. tabela nr 4). Istotne ujemne zależności uzyskano w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii między poziomem nadziei podstawowej a skalą samoświadomości obronnej. W zakresie korelacji poziomu nadziei podstawowej z samoświadomością indywidualną (hipoteza 4a) oraz samoświadomością refleksyjną (hipoteza 4d) nie uzyskano istotnie statystycznych zależności w żadnej z grup badawczych.

Zgodnie z założeniami im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w skali samoświadomości obronnej (hipoteza 4c). Wysoki poziom nadziei podstawowej, a przez to poczucie sensowności i przychylności świata, zmniejsza lęk, niepokój i poczucie zagrożenia przejawiające się w przetwarzaniu informacji w formie obronnej. Podobnie w badaniach Sitnika (2003) nadzieja podstawowa ujemnie korelowała z lękiem rozumianym zarówno jako cecha, jak i lękiem jako stanem.

Jeżeli chodzi o ujemną korelację między poziomem nadziei podstawowej a samoświadomością zewnętrzną w grupie kobiet w zaawansowanej fazie terapii to uzyskane zależności mogą świadczyć o tym, że im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym rzadsze kierowanie się sztywnymi normami czy rolami społecznymi bez liczenia się z własnymi potrzebami (hipoteza 4b). Wyższa nadzieja podstawowa

skłania do bardziej subiektywnego myślenia i spełniania własnych oczekiwań u kobiet współzależnionych. Wnioski te jednak mogą mieć co najwyżej status przypuszczeń ze względu na poziom istotności $p < 0,10$.

W piątej hipotezie założono, że występują zależności między poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem takie, że:

- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii (hipoteza 5a);

- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 5b);

- im wyższy poziom nadziei podstawowej, tym niższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 5c).

Hipoteza ta potwierdziła się częściowo (por. tabele nr 5-6). Istotne ujemne zależności uzyskano w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii między poziomem nadziei podstawowej a emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem (hipoteza 5b). W zakresie korelacji poziomu nadziei podstawowej z zadaniowym i unikowym stylem radzenia sobie ze stresem (hipoteza 5c) nie uzyskano istotnie statystycznych zależności w żadnej z grup badawczych.

Zgodnie z założeniami teoretycznymi, im wyższy poziom nadziei podstawowej tym niższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem oraz wyższe w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, iż kobiety współzależnione z wysokim poziomem nadziei podstawowej rzadziej w sytuacji stresu koncentrują się na własnych przeżyciach emocjonalnych typu złość, poczucie winy czy napięcie, a częściej podejmują zadania, wysiłki lub plany w celu rozwiązania problemu. Podobnie w badaniach Gujskiego (2003) w przypadku sytuacji niepowodzenia (do której z pewnością możemy zaliczyć nieustanne zmaganie się z uzależnieniem współmałżonka) wyższy poziom nadziei wiązał się z rzadszym stosowaniem strategii wycofania i częstszym używaniem strategii zadaniowych.

Szosta sformułowana hipoteza zakładała zależności między funkcjonowaniem samoświadomości a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w grupie współzależnionych kobiet takie, że:

- im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym niższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6a);

- im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6b);

- im wyższy poziom samoświadomości indywidualnej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6c);

- im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6d);

- im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6e);

- im wyższy poziom samoświadomości zewnętrznej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem przez poszukiwanie towarzystwa (hipoteza 6f);

- im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym niższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6g);

- im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym wyższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6h);
- im wyższy poziom samoświadomości obronnej, tym wyższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem, w tym czynności zastępczych (hipoteza 6i);
- im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym wyższe wyniki w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem w badanej grupie współzależnych kobiet (hipoteza 6j);
- im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym niższe wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6k);
- im wyższy poziom samoświadomości refleksyjnej, tym niższe wyniki w zakresie unikowego stylu radzenia sobie ze stresem (hipoteza 6l).

Hipoteza ta potwierdziła się częściowo (por. tabela nr 7). Istotne dodatnie zależności uzyskano w dwóch grupach badawczych kobiet będących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii między emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością indywidualną (hipoteza 6b), zewnętrzną (hipoteza 6e) i obronną (hipoteza 6h), a także refleksyjną (hipoteza 6k), ale tylko w grupie kobiet w początkowej fazie terapii. Pozostałe istotne dodatnie zależności zachodzą między zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością refleksyjną (hipoteza 6j) oraz między samoświadomością obronną a czynnościami zastępczymi (hipoteza 6i).

Zgodnie z założeniami teoretycznymi wyniki w skali emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet dodatkowo korelują z indywidualnym przetwarzaniem informacji o własnej osobie, czyli spadkiem samooceny, egocentryzmem i introwertywnością, a także kierowaniem się normami i rolami społecznymi oraz lękiem, uczuciem zwątpienia, poczuciem winy i beznadziejności. Zaskakująca może być dodatnia korelacja emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem z samoświadomością refleksyjną, aczkolwiek zależność ta zaznaczyła się tylko w grupie kobiet w początkowej fazie terapii. Powyższy związek może wyjaśniać wcześniejsze przypuszczenia dotyczące wyższej średniej w zakresie refleksyjnego przetwarzania informacji o własnej osobie w grupie kobiet uczestniczących w początkowej fazie terapii. Wynikać to może z tego, iż samoświadomość refleksyjna w tej grupie jest powierzchowna, gdyż wiąże się z koncentracją na własnych przeżyciach emocjonalnych typu złość, poczucie winy i napięcie.

Jeśli chodzi o dodatnią korelację między zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością refleksyjną w grupie kobiet w początkowej fazie terapii to uzyskane zależności mogą świadczyć o tym, że im wyższa samoświadomość refleksyjna, tym częstsze stosowanie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem, czyli aktywne radzenie sobie z zaistniałym problemem. Z kolei dodatni związek czynności zastępczych z samoświadomością obronną może świadczyć o tym, iż kobiety, które rozpoczynają terapię w sytuacji, gdy wykonują jakieś czynności dla siebie, typu pójście na zakupy czy do fryzjera, mają z tego powodu poczucie winy oraz czują lęk i niepokój. W trakcie terapii uczą się cieszyć z przyjemności, które mogą sobie sprawić bez obwiniania samej siebie, o czym może świadczyć brak związku między czynnościami zastępczymi a samoświadomością obronną w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii.

6. WNIOSKI

Przystępując do badań grupy 88 kobiet współzależnionych uczestniczących w terapii, postawiono sześć hipotez badawczych. Po pierwsze założono, iż występują różnice w zakresie poziomu nadziei podstawowej między współzależnionymi kobietami w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii, to znaczy, że im dłuższy udział w terapii, tym wyższy poziom nadziei podstawowej w badanej grupie. Po drugie założono, iż występują różnice w zakresie funkcjonowania samoświadomości między grupą współzależnionych kobiet w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii. Po trzecie przyjęto, że występują różnice w zakresie stylów radzenia sobie ze stresem u współzależnionych kobiet w zależności od czasu trwania terapii. Po czwarte założono także, iż istnieje zależność między poziomem nadziei podstawowej a funkcjonowaniem samoświadomości u współzależnionych kobiet uczestniczących w terapii. W piątej hipotezie założono, że występują zależności pomiędzy poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem. Po szóste przyjęto, iż istnieją zależności między funkcjonowaniem samoświadomości a przyjmowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w grupie współzależnionych kobiet.

Analiza wyników zastosowanych metod kwestionariuszowych pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

- Nie ma istotnych różnic w zakresie poziomu nadziei podstawowej między grupą kobiet uczestniczących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii.

- Kobiety współzależnione w początkowej fazie terapii bardziej funkcjonują na poziomie samoświadomości zewnętrznej i refleksyjnej.

- Wyniki badań wykazały, iż kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii częściej przyjmują zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a kobiety w zaawansowanej terapii częściej styl unikowy, w tym podejmują czynności zastępcze oraz takie działania, jak poszukiwanie towarzystwa.

- Istotne ujemne zależności uzyskano w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii między poziomem nadziei podstawowej a skalą samoświadomości obronnej.

- Istotne ujemne zależności uzyskano w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii między poziomem nadziei podstawowej a emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem.

- Istotne dodatnie zależności uzyskano w dwóch grupach badawczych kobiet będących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii między emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością indywidualną, zewnętrzną i obronną, a także refleksyjną, ale tylko w grupie kobiet w początkowej fazie terapii. Pozostałe istotne dodatnie zależności zachodzą między zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością refleksyjną oraz między samoświadomością obronną a czynnościami zastępczymi w grupie kobiet w początkowej fazie terapii.

7. PODSUMOWANIE

Jeszcze do 1988 r., gdy w Instytucie Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP rozpoczęto badania polskich żon alkoholików, istniało niewiele obiektywnych danych na temat ich specyficznej sytuacji psychologicznej, problemów, które je dotyczą,

a także strategii jakie przyjmują radząc sobie z tymi problemami (Szczepańska, 1996, s. 5). Jak podkreśla Mellibruda (1999, s. 116), potrzebne są systematyczne badania nad problemami psychologicznymi współzależnych kobiet, a także nad procesami rozwiązywania tych problemów oraz metodami i formami terapii, które mogą być w tym pomocne.

W związku z powyższym wydaje się istotne prowadzenie badań w zakresie funkcjonowania współzależnych kobiet, które przyczyniają się do większego zrozumienia specyfiki tej grupy osób.

Celem artykułu było sprawdzenie, czy istnieje związek między poziomem nadziei podstawowej i samoświadomości a stylami radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet uczestniczących w początkowej (1-6 miesięcy) i zaawansowanej (powyżej roku) fazie terapii. Istotą pracy była więc analiza kierunku zmian psychologicznego funkcjonowania współzależnych kobiet uczestniczących w terapii.

Postawione problemy badawcze dotyczyły sprawdzenia, czy grupy badanych kobiet wyodrębnione ze względu na czas trwania terapii istotnie różnią się w zakresie poziomu nadziei podstawowej, samoświadomości, a także stylów radzenia sobie ze stresem. Kolejnym problemem było sprawdzenie, czy występują zależności między poziomem nadziei podstawowej a samoświadomością, poziomem nadziei podstawowej a stylami radzenia sobie ze stresem, a także między samoświadomością a stylami radzenia sobie ze stresem. W ramach pracy starano się odpowiedzieć również na trzy pytania badawcze. Po pierwsze: Czy trudne zdarzenie typu śmierć bliskiej osoby, które wystąpiło w ciągu ostatnich dwóch lat miało wpływ na poziom nadziei podstawowej, samoświadomości i style radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet? Po drugie: Czy pochodzenie z rodziny z problemem alkoholowym miało wpływ na poziom nadziei podstawowej, samoświadomości i style radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet? Po trzecie: Czy utrzymywanie abstynencji przez małżonka wpływa na poziom nadziei podstawowej, samoświadomości i style radzenia sobie ze stresem u współzależnych kobiet?

Badaniu poddano kobiety w wieku 25-27 lat, które zostały wyłonione na podstawie Ankiety przygotowanej przez autorkę pracy. W grupie kobiet, uczestniczących w pierwszej fazie terapii znalazło się 51 kobiet z różnych warstw społecznych. Z kolei grupa kobiet, uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii liczyła 37 osób.

Z przeprowadzonych badań wynika, że kobiety współzależne, które dopiero rozpoczęły terapię, funkcjonują bardziej na poziomie samoświadomości zewnętrznej i refleksyjnej.

Otrzymano również wyniki świadczące o tym, iż kobiety uczestniczące w początkowej fazie terapii częściej przyjmują zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, a kobiety w zaawansowanej terapii częściej styl unikowy, w tym podejmują zarówno czynności zastępcze, jak i poszukują towarzystwa.

Ustalono również, iż w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii występują istotne ujemne zależności między poziomem nadziei podstawowej a skalą samoświadomości obronnej.

Istotne ujemne zależności uzyskano również w grupie kobiet uczestniczących w zaawansowanej fazie terapii między poziomem nadziei podstawowej a emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem.

Otrzymano również istotne dodatnie zależności w dwóch grupach badawczych kobiet będących w początkowej i zaawansowanej fazie terapii między emocjonalnym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością indywidualną, zewnętrzną i obronną, a także refleksyjną, ale tylko w grupie kobiet w początkowej fazie terapii. Pozostałe istotne dodatnie zależności zachodzą między zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem a samoświadomością refleksyjną oraz między samoświadomością obronną a czynnościami zastępczymi w grupie kobiet w początkowej fazie terapii.

Problem kobiet współzależnionych jest zagadnieniem bardzo rozległym i dostarczającym niekiedy niespójnych rezultatów wynikających z badań różnych aspektów ich życia. W związku z powyższym, dostrzega się potrzebę prowadzenia dalszych badań nad zagadnieniem poruszonym w prezentowanej pracy.

Interesującymi kwestiami do przeanalizowania wydają się chociażby badania podłużne współzależnionych kobiet w zakresie poziomu nadziei podstawowej, samoświadomości, a także stylów radzenia sobie ze stresem i obserwacja, jak zmieniają się dane zmienne w czasie trwania terapii, a także pół roku po terapii i rok po terapii.

Ciekawym zagadnieniem wydaje się również zbadanie występowania różnic pod względem omawianych zmiennych między współzależnionymi kobietami wychowującymi się w rodzinie, w której pił ojciec, i tymi, w których piła matka.

BIBLIOGRAFIA

- Beattie, M. (1994). *Koniec współzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*, Poznań: Wyd. Media Rodzina.
- Borkowski, J. (2001). *Radzenie sobie ze stresem a poczucie tożsamości*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Cermak, T. (1986). *Diagnosing and treating co-dependence*, Minneapolis: Johnston Institute Books.
- Erikson, E. (2002). *Dopełniony cykl życia*, Poznań: Wyd. Rebis.
- Gujski, Ł. (2003). *Podstawowa nadzieja i wiara we własny sukces a radzenie sobie z trudną sytuacją*, Niepublikowana praca magisterska, Warszawa: SWPS.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997a). Założenia koncepcyjne i badania pilotażowe programu badawczego Analiza przebiegu i Efektów Terapii Osób Współzależnionych, *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28), s. 431-440.
- Kucińska, M., Mellibruda, J., Włodawiec, B. (1997b). Wyniki badań pilotażowych programu APETOW – charakterystyka pacjentek współzależnionych, *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28), s. 341-454.
- Kurza, K. (2000a). *Przegląd badań dotyczących współzależnienia*, IPZ, <http://www.psychologia.edu.pl/druk.php?id=2613>.
- Kurza, K. (2000b). Charakterystyka kobiet współzależnionych, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6(15) s. 17-19.
- Kurza, K. (2000c). Zaburzenia w funkcjonowaniu psychologicznym kobiet współzależnionych, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 2(11), s. 31-35.
- Kurza, K. (2000d). Efektywność terapii współzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, (13), s. 12-15.

- Kurza, K. (2001). Funkcjonowanie psychologiczne kobiet współzależnionych pół roku po terapii, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 4(19), 24-26.
- Kurza, K. (2002). *Analiza Przebiegu i Efektów Terapii dla Osób Współzależnionych. Raport zbiorczy – podsumowanie programu badawczego APETOW 1998-2002*, IPZ, Warszawa, <http://psychologia.edu.pl/index.php?dz=biblioteka&op=opis&id=2615>.
- Kurza, K. (2003). Proces pozytywnych zmian, *Świat Problemów*, 9(128), 23-26.
- Kurza, K. (2004). Jak radzą sobie z ze stresem żony alkoholików, które zgłosiły się na terapię?, *Świat Problemów*, 4(135), 8-12.
- Libera, A. (2003). Obraz siebie u żon alkoholików, *Świat Problemów*, 9(128), 27-29.
- Margasiński, A. (2000). Syndrom współzależnienia, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 5, 31-35.
- Mellibruda, J. (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*, Warszawa: Wyd. IPZ.
- Mellibruda, J., Kucińska, M. (1999). *Psychopathology Of Co-Dependent Patient – Co-dependency As A Health Problem, doniesienie z programu badawczego APETOW na 13 Konferencję European Health Psychology Society „Psychology and the Renaissance of Health” we Florencji*, <http://www.psychologia.edu.pl/druk.php?id=2597>.
- Mellibruda, J., Sobolewska, Z. (1997). Koncepcja i terapia współzależnienia, *Alkoholizm i Narkomania*, 3(28), 421-430.
- Mellibruda, J., Szczepańska, H. (1989). *Psychologiczne problemy żon alkoholików, sprawozdanie z II fazy badań*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Mellody, P. (2005). *Toksyczna miłość*, Warszawa: Wyd. J. Santorski & CO.
- Norwood, R. (2004). *Kobiety, które kochają za bardzo i ciągle liczą, że on się zmieni*, Poznań: Wyd. Rebis.
- Oleszkiewicz, Z. (1988). Charakterystyka skali do badania samoświadomości. *Problemy samoświadomości, samowiedzy i interakcje między nauczycielem a uczniami*. W: Z. Oleszkiewicz, Z. Zaborowski (red.), Warszawa: Instytut Kształcenia Nauczycieli, 29-33.
- Rybka, I. (1998). *Problemy alkoholowe w rodzinie*, http://www.terapia.rubikon.net.pl/html/1999/rodzina4_d.htm.
- Ryś, M., Wódz, E. (2003). Role podejmowane w rodzinie alkoholowej a struktura potrzeb u dorosłych dzieci z rodzin alkoholików, *Studia Psychologia*, 4, 107-122.
- Sagadyn, L. (1996). Nerwica czy życie z alkoholikiem? *Świat Problemów*, 1-2, 17-21.
- Sitnik, A. (2003). *Podstawowa nadzieja i proaktywność – defensywność autonarracji a poziom depresji*, Niepublikowana praca magisterska, Warszawa: SWPS.
- Sobolewska, Z. (2002). Współzależnienie, *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 4(25), 36-38.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*, Warszawa: PTP.
- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnostyka stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, *Przegląd Psychologiczny*, 1996 nr 1, 187-210.
- Szczepańska H. (1992). *Żony alkoholików*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.
- Szczepańska, H. (1996). *Trening Asertywności dla Współzależnionych (TAW). Poradnik terapeuty*, Warszawa: Wyd. IPZiT PTP.

- Sztander, W. (1997). *Poza kontrolą*, Warszawa: PARPA.
- Ślaski, S. (2004). Badania empiryczne w ramach czterowymiarowej teorii samoświadomości. W: L. Pytka, T. Rudkowski (red.), *Samoświadomość i jakość życia*, Warszawa: Wyd. Eneteia, 135-143.
- Trzebiński, J. (2001), *Podstawowa nadzieja a wskaźniki zdrowia psychicznego*, Niepublikowany raport z badań, Warszawa: SWPS.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003a). *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12. Podręcznik*, Warszawa: PTP.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003b). Nadzieja, strata i rozwój, *Psychologia Jakości Życia*, 2(1), 5-33.
- Włodawiec, B. (1998). Obraz uwikłania, *Świat Problemów*, 1(60), 8-12.
- Woititz, J. (1994). *Małżeństwo na lodzie*, Warszawa: Wyd. IPZiT.
- Zaborowski, Z. (1989). *Psychospołeczne problemy samoświadomości*, Warszawa: PWN.
- Zaborowski, Z. (1998). *Świadomość i samoświadomość człowieka*, Warszawa: Wyd. Eneteia.
- Zaborowski, Z. (2000). *Teoria treści i form samoświadomości*, Warszawa: Wyd. Akademickie Żak.
- Zaborowski, Z. (2002). *Człowiek, jego świat i życie*, Warszawa: Wyd. Żak.
- Zaborowski, Z., Oleszkiewicz, Z., *O szerszy kontekst analizy samoświadomości*. W: *Problemy samoświadomości...*, dz. cyt., 11-27.