

Szymon Chrzastowski

WYBRANE POGLĄDY NA SYMBIOZĘ W UJĘCIU RÓŻNYCH PERSPEKTYW TEORETYCZNYCH¹

SOME VIEWS ON SYMBIOSIS IN VARIOUS THEORETICAL PERSPECTIVES

Katedra Psychologii Klinicznej
Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Kierownik katedry: prof. dr hab. Marina Zalewska

**symbiosis
therapy process**

Autor opisuje pojęcie symbiozy jako stanu intrapsychnicznego za teoretykami analitycznymi lub jako rodzaju relacji interpersonalnej za przedstawicielami terapii rodzin. Powołując się na Wenera i Greena przedstawia symbiozę z podziałem na jej aspekt patologiczny i rozwojowy. Proponuje twórcze wykorzystanie tego zjawiska w procesie terapii.

Summary: The author reviews the concept of symbiosis considered as an intrapsychic and behavioural condition. Attention is concentrated on an evolving status of this concept and resulting consequences for therapy. A special emphasis is put on theoretical framework developed by Werner and Green. Within this framework it is possible to distinguish both pathologic and advantageous aspects of symbiosis.

Niektóre terminy zdobywają wśród psychoterapeutów szczególnie dużą popularność. Należy do nich między innymi „symbioza”. Termin ten został zapożyczony z nauk przyrodniczych, w których używa się go na określenie trwałego współżycia dwóch odrębnych gatunków. Jako pierwszy posłużył się nim de Bary pod koniec XIX w. [1]. Symbioza jest w przyrodzie zjawiskiem powszechnym, występującym w różnych formach od mutualizmu, czyli takiego typu relacji, w której współżycie obu gatunków jest dla nich korzystne, po komensalizm, gdy korzyści odnosi tylko jeden gatunek [1].

Termin „symbioza” został przeniesiony na grunt psychologii, w której występuje w różnych znaczeniach. Koncepcje wywodzące się z psychoanalizy i teorii relacji z obiektem opisują symbiozę jako stan intrapsychniczny. Z kolei koncepcje związane z terapią rodzin akcentują rolę symbiotycznych relacji interpersonalnych. W pierwszym ujęciu symbioza oznacza taki typ relacji między obrazem własnego Ja a obrazem obiektu, w którym dochodzi do zatarcia granic między obiema reprezentacjami. Prowadzi to do zatracenia poczucia

¹ Przygotowanie tego artykułu zostało częściowo sfinansowane z Badań Własnych Uniwersytetu Warszawskiego. Autor chciałby wyrazić swoje podziękowania pani dr hab. Barbarze Tryjarskiej i pani prof. dr hab. Marinie Zalewskiej za życzliwą lekturę wstępnej wersji artykułu.

własnej odrębności [por. 2]. W drugim rozumieniu symbioza odnosi się do powtarzalnego, specyficznego wzoru zachowania, w którym partnerzy interakcji nie mają poczucia istnienia jako odrębne różne osoby [por. Lidz, Wynne za: 3]. Oba sposoby rozumienia symbiozy są ze sobą ściśle powiązane. Symbiotyczność może też służyć określeniu właściwości relacji w całym systemie rodzinnym. Do takiego ujmowania symbiozy odwołują się koncepcje wywodzące się ze strukturalnej szkoły terapii rodzin. Przyjmuje się [3], że symbioza przejawia się poprzez:

(1) trudności w wyrażaniu własnych potrzeb, punktu widzenia, zainteresowań; spostrzeganie innych jako identycznych; przyjmowaniu, że cokolwiek jest prawdziwe, jest też prawdziwe dla innych,

(2) potrzebę, aby inni robili coś dla danej osoby; potrzeba ta może być wyrażana wprost, np. jako prośba o pomoc, radę lub pośrednio w postaci subtelnych oznak niezadowolenia z czyjejs samodzielności,

(3) skłonność do postrzegania innych, a zwłaszcza symbiotycznego partnera, jako potrzebującego pomocy w podjęciu decyzji czy funkcjonowaniu; branie odpowiedzialności za samopoczucie innych, poprzez próbę rozwiązywania za nich ich własnych problemów,

(4) lęk, depresję, dyskomfort towarzyszący innym relacjom niż symbiotyczna,

(5) niską tolerancję nawet chwilowej separacji; ewentualnej separacji towarzyszy lęk, dyskomfort, depresja i różne problemy w funkcjonowaniu,

(6) oczekiwanie, że inni będą się zachowywać w określony przez daną osobę sposób i zaspokajać jej potrzeby.

Określenie relacji jako symbiotycznej ma zwykle negatywne zabarwienie, gdyż sugeruje jakąś formę patologii. Jedyną symbiotyczną relacją akceptowaną przez psychotherapeutów jest wczesny związek matka i nowo narodzone dziecko. Symbioza oznacza wtedy fazę w rozwoju dziecka, w której niemowlę ma mgliste poczucie siebie i istnienia matki oraz nie odróżnia siebie od niej [2]. Takie rozumienie symbiozy proponuje między innymi Mahler [4]. Wskazuje ona, że terminu symbioza używa się w znaczeniu metaforycznym do opisanie etapu rozwoju, w którym dziecko, w sensie psychicznym, tworzy z matką jedność (dual-unity) o wspólnej granicy. Jedność tę cechuje omnipotencja oraz zdominowanie przez halucynacje i urojenia. Te ostatnie dotyczą zwykle wspólnej granicy dla dwóch różnych osób. W fazie tej niezwykle ważne są odczucia płynące z ciała — na ich bazie tworzy się rdzeń Ja. Dziecko, rozróżniając między dobrymi i przyjemnymi doznaniemiami a złymi i bolesnymi, zaczyna nabierać poczucia istnienia matki, która jednak wciąż jest traktowana jako część Ja. Warto zwrócić uwagę, że głęboka psychoza może być rozumiana, w tym ujęciu, jako regresja do tej wczesnej symbiotycznej fazy. Patologia przejawia się poprzez używanie prymitywnych, pierwotnych mechanizmów psychicznych, które nie pozwalają na efektywne funkcjonowanie. Dojrzałe formy relacji kształtują się na bazie symbiozy. Symbioza jako zespół tych prymitywnych mechanizmów psychicznych leży w naturze każdego człowieka i stąd też stanowi jeden z podstawowych problemów w relacjach międzyludzkich. Mahler zwraca również uwagę, że symbioza dla dziecka ma fundamentalne znaczenie dla jego przeżycia, a dla matki jest „jedynie” relatywnie ważna. Ta nierównowaga stwarza pole do wykorzystywania dziecka przez matkę do zaspokajania własnych potrzeb. Niesymetryczność jest szczególną cechą relacji symbiotycznej. Należy jednak wspomnieć, że tezy postawione przez Mahler, dotyczące faz rozwojowych i me-

chanizmu psychozy symbiotycznej, są coraz częściej kwestionowane przez psychologów rozwojowych, jak również przez samych terapeutów zorientowanych psychoanalitycznie [por. 5]. Wiele doniesień z badań podważa koncepcję Mahler wskazując, że już noworodek jest aktywny i zdolny np. do pamiętania zewnętrznych bodźców [6]. Jej teoria rozwojowa jest w głównej mierze patomorficzna i w mniejszym stopniu nadaje się do opisu rozwoju dzieci zdrowych [7].

Symbiotyczny charakter relacji matka—dziecko i jego dalsze przekształcenia

Symbioza ujmowana jako stan intrapsychiczny wyraża się tendencją do fuzji obrazu Ja i obrazu obiektu [por. 8]. U jej podstaw leżą wczesnodziecięce trudności związane z separacją. Intrapsychiczne reprezentacje Ja i reprezentacje obiektu wykształcają się na bazie związku dziecka z matką. Kiedy związek ten ulega zaburzeniu, nie dochodzi do stosownego do wieku wyodrębnienia reprezentacji siebie i reprezentacji matki oraz do osłabienia integracji w obrębie już samego obrazu Ja i obrazów obiektów.

Po stronie matki relacja symbiotyczna przejawia się także brakiem granic między reprezentacją siebie i dziecka. Matka wprowadza w interakcje z dzieckiem między innymi własne nie rozwiązane konflikty. Są one aktywowane poprzez urodzenie się dziecka i jego zachowanie. Macierzyństwo wyzwala w niektórych matkach regresyjne potrzeby, które na drodze projekcyjnej identyfikacji z dzieckiem mają zostać zaspokojone [5].

Cramer [9] uważa, że o sposobie interakcji między matką a dzieckiem decyduje swoisty „scenariusz”, w którym dziecku przydzielane są zadania, misje do wypełnienia, przypisywane pewne cechy czy wręcz określana tożsamość. W koncepcji Stierlina [10] mówi się w tym kontekście o delegacjach rodzinnych. A zatem wzory relacji symbiotycznych mogą mieć charakter transgeneracyjny. Wzorce te powtarzają się w kolejnych pokoleniach nie tylko za sprawą mechanizmów uczenia się, ale także opisanej przez Bowena rodzinnej projekcji [por. Barbaro 11] czy też przekazywane są w mitach rodzinnych. Samo istnienie „scenariusza” czy „delegacji” nie prowadzi do patologii. Jest wręcz do pewnego stopnia konieczne, gdyż buduje tożsamość dziecka. Dopiero niektóre właściwości „scenariusza” czy „delegacji” mogą okazać się niekorzystne na drodze rozwoju dziecka. Jeśli potrzeby matki w kontakcie z dzieckiem stają się centralne, dziecko zostaje „pustą przestrzenią dla zaistnienia matki” [12, s.158]. Oznacza to, że matka nie dostrzega w dziecku jego psychicznego wyposażenia, a jedynie te elementy, które sama ma. Tym samym depersonalizuje dziecko. Dokonując tego zarazem depersonalizuje samą siebie. Relacja symbiotyczna rodzi więc paradoksalnie olbrzymią samotność i niemożliwą do spełnienia w obrębie tej relacji potrzebę bliskości.

Innym uczuciem towarzyszącym relacji symbiotycznej jest lęk wypływający z braku poczucia bezpieczeństwa, które poszukiwane jest tylko w obrębie relacji symbiotycznej. Jeśli więc partner podejmuje próbę wyjścia poza ten ścisły układ, wzbudza skierowaną na siebie jawną lub ukrytą agresję (zwykle w postaci poczucia winy). Relacja symbiotyczna jest podwójnie wiążąca. Zaspokojeniu poczucia bezpieczeństwa towarzyszy ukryta groźba utraty miłości, lęk, poczucie winy. Symbioza wiąże się z koniecznością posiadania drugiego człowieka, jego całkowitego kontrolowania. Warto przy tym zwrócić uwagę, że symbioza oznacza posiadanie człowieka, w odróżnieniu od bycia z drugim człowiekiem. Pamiętanie o tej różnicy pozwala psychoterapeucie zapobiec patologizacji tych związków, w które

partnerzy zachowując własną autonomię głęboko się angażują. Zaangażowanie to wpływa jednak z własnej decyzji i poczucia odpowiedzialności, relacje symbiotyczne natomiast „zwalniają” od odpowiedzialności. Na tym może też polegać ich złudna atrakcyjność. Odpowiedzialny zawsze jest ten drugi.

Symbiotycznemu charakterowi relacji między matką i dzieckiem sprzyja nieobecność ojca. Nie chodzi tu wyłącznie o jego fizyczną nieobecność, ale psychiczne wycofanie się z relacji z dzieckiem. Niektóre matki podejmują wręcz próby usunięcia ze swojego psychicznego życia ojca dziecka lub dążą do jego zmarginalizowania. Proces ten pojawia się między innymi w rodzinach dorosłych dzieci leczących się na schizofrenię. Matki przejmując trud opieki nad chorym dzieckiem racjonalizują, „że ojciec się do tego nie nadaje”, „nie rozumie dziecka” czy „jest zbyt nerwowy”. Często opieka przerasta matkę, która jednak mimo poczucia brzemienia „poświęca się dla dziecka”. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest to, że relacja symbiotyczna matka—dziecko wyklucza zaangażowanie się w inne relacje niż symbiotyczna. Matce trudno jest być nie tylko matką chorego dziecka, ale również np. atrakcyjną kobietą, żoną, pracownikiem itd. Nawet jeśli stara się zintegrować te różne aspekty siebie i swojego funkcjonowania, są one ostatecznie podporządkowane głównemu zadaniu opieki nad dzieckiem. Mężczyzna szuka jednak w związku nie tylko matki dla swojego dziecka, ale i kobiety. Trudność matki leży w pogodzeniu jednoczesnym byciem matką dla dziecka i żoną dla męża. Z drugiej strony mężczyźni, czując się zbędni, często sami się odsuwają [por. 9]. Relacja triadyczna (matka—dziecko—ojciec) pozwala w naturalny sposób przekształcić symbiotyczny związek matki i dziecka [por. 13]. Ojciec może jednak paradoksalnie wzmacniać symbiotyczną relację matka—dziecko. Dzieje się tak, gdy wszelkie napięcia powstałe w diadzie matka—dziecko są przenoszone na ojca, pełniącego rolę kogoś w rodzaju „rodzinnego piorunochronu”.

Wczesny związek z matką ulega przekształceniu i rozwinięciu w inne formy relacji interpersonalnych. Tylko w skrajnych przypadkach niektórzy pozostają w mało zmodyfikowanej relacji symbiotycznej z matką. Relację tę zaczyna jednak z czasem cechować narastająca ambiwalencja. Ma to miejsce, gdy okazuje się, że dziecko nie w pełni zaspokaja regresywne potrzeby matki. Ambiwalencja może narastać już od wczesnego dzieciństwa, znajdując swój wyraz między innymi w deprecjacji cech rozwijającego się dziecka, specyficznych formach jego zaniedbywania, krytycyzmu. Im większa potrzeba symbiotycznej relacji, tym zwykle większa towarzysząca jej ambiwalencja. Chociaż większość rodziców i ich dzieci radzi sobie z nią, czasem jednak nabiera ona takiej siły, że utrudnia separację i indywidualizację lub też prowadzi do ich patologicznej formy. Dzieje się tak, gdy sama matka przeżywa głęboką frustrację swoich wczesnodziecięcych potrzeb lub gdy dziecko szczególnie prowokuje do nawiązywania z nim relacji o charakterze symbiotycznym. Alanen [5] zauważa, że utrzymywanie się potrzeb symbiotycznych jest charakterystyczne dla podatności na schizofrenię.

Symbiotycznym partnerem z czasem staje się małżonek, dziecko, przyjaciel [2]. Osoby przejawiające tendencje symbiotyczne czasami mają odczucie jedności, połączenia w kontakcie z innymi ludźmi. Regresja może doprowadzić nawet do poczucia zatracenia swego odrębnego Ja. Osoby takie odczuwają stałą potrzebę kontaktu z innymi ludźmi, przeżywają silny lęk przed byciem opuszczonym i są ogromnie uzależnione od stanu emocjonalnego partnera. Często są skrajnie uległe wobec partnera lub też paradoksalnie

wykazują silną tendencję do dominowania. Charakterystyczne jest dla nich używanie mechanizmu projekcji. Formą obrony przed przeżywaniem silnych tendencji symbiotycznych jest zrywanie związków, wycofywanie się z kontaktów z partnerem. Dzieje się tak, gdyż bliskość przeżywana jest jako zagrożenie. Zwykle osoby o tendencjach symbiotycznych starają się w pełni kontrolować dystans między sobą i partnerem, odrzucając wszelkie jego przejawy samostanowienia [2]. Silna relacja symbiotyczna może w rezultacie spowodować odrzucenie drugiej osoby. Idea ta znalazła swój wyraz w pracach Fromm-Reichman [za: 11], a także Wynne'a [14] czy koncepcji podwójnego wiązania. Odrzucenie, a raczej pseudoodrzucenie można rozumieć jako reakcję obronną przed tendencjami symbiotycznymi. Relacja symbiotyczna prowadzi do konfliktu między potrzebą bycia z innymi a potrzebą autonomii. Pseudoodrzucenie w symbiozie może przybierać specyficzne formy, takie jak prowokowanie konfliktów, wywoływanie sprzeczek, awantur. Mogą być one przejawem szukania bliskości z partnerem, a jednocześnie wyrazem agresji zarówno wobec niego, jak i samego siebie. Takie odrzucenie jest czymś innym niż to, które polega na zaniedbywaniu, nieinteresowaniu się drugą osobą. W tym wypadku odrzucenie prowadzi do rzeczywistego zerwania więzów lub przynajmniej zmarginalizowania znaczenia drugiej osoby.

Osoby tworzące symbiotyczne relacje mogą także zaprzeczać tym wszystkim uczuciom, które prowadzą do wzajemnego zdystansowania się. Zaprzeczają konfliktom, unikają otwartego wyrażania niezadowolenia, gniewu, złości, bojąc się, że spowodują one rozpad związku. Na poziomie rodziny zjawisko to określa się jako pseudowzajemność, czyli dostosowanie się do siebie kosztem własnej tożsamości [14].

Symbiotyczność jako właściwość relacji w rodzinie

Terapia rodzin, a w szczególności koncepcje systemowe, poszerzyły rozumienie symbiozy nie tylko jako stanu intrapsychnicznego, ale i właściwości całej rodziny. Zgodnie z tym podejściem, to, co intrapsychniczne, znajduje swój wyraz w relacjach między członkami rodziny.

Jednym z pionierów terapii rodzin był Bowen [za: 15], który bezpośrednio odwoływał się do pojęcia symbiozy. Twierdził, że symbioza jest początkowym etapem w rozwoju psychicznym jednostki – co zbliża jego myślenie do koncepcji psychodynamicznych. Zauważył także, że pierwotne symbiotyczne relacje zasadzające się na niezróżnicowanym rodzinnym ego powinny ulegać przekształceniu w procesie dyferencjacji Ja. W tym ujęciu symbioza polega na niskim stopniu dyferencjacji Ja znajdującym swój wyraz zarówno na poziomie intrapsychnicznym, jak i interpersonalnym. Szczególnie ciekawe wydaje się to pierwsze rozumienie niskiego stopnia dyferencjacji, gdyż przejawia się ona w braku zróżnicowania między emocjami i myśleniem. Partnerzy w związku, zdaniem Bowena [15], dobierają się między innymi pod względem podobieństwa stopnia zróżnicowania Ja. Fuzja emocjonalna sprzyja powstawaniu konfliktów. Próba ich rozwiązania odbywa się poprzez zwiększenie dystansu w związku lub też włączenie w konflikt trzeciej osoby, zwykle dziecka. Radzenie sobie z relacją symbiotyczną może polegać w tym wypadku nie tylko na przepracowaniu wewnętrznych konfliktów, ale i na nabywaniu przez partnerów odpowiednich kompetencji, dzięki którym uczą się w bardziej dojrzały sposób rozwiązywać swoje problemy.

Symbioza w rodzinie może ujawniać się poprzez jej strukturę. Minuchin [za: 16] uważał, że niektóre systemy rodzinne cechuje zbyt duża płynność, niejasność granic między

subsystemami prowadząca do splątania. Wzajemne związanie członków takich rodzin uniemożliwia ich autonomiczne funkcjonowanie. Symbioza znajduje także swój wyraz w stale powtarzających się dysfunkcjonalnych wzorcach komunikacji w danej rodzinie. Polegają one na braku otwartości, wzajemnym zaprzeczaniu sobie i dyskwalifikowaniu swoich wypowiedzi, niejasnych i niespójnych komunikatach [16].

Rodziny, w których wyraźne są tendencje symbiotyczne, charakteryzuje przewaga sił dośrodkowych. Wyrażają się one na poziomie interpersonalnym poprzez wiązanie. Zostało ono opisane w koncepcji Stierlina [10, 17, 18, 19, 20, 21]. Wiazanie zachodzi w trzech podstawowych płaszczyznach: emocjonalnej, poznawczej i lojalnościowej. Wiazanie na płaszczyźnie emocjonalnej polega między innymi na rozbudowywaniu życzeń zależnościowych dziecka, infantylizowaniu go, podkreślaniu jego regresywnych przyzwyczajęń. Wiazanie na płaszczyźnie poznawczej polega na mistyfikacji doświadczeń dziecka, interpretowaniu za dziecko tego, czego ono samo doświadcza, narzucaniu swojego światopoglądu [por. 22, 23]. Trzecia płaszczyzna dotyczy wiązania przez lojalność i wyraża się w sytuacjach, w których rodzice wzmacniają, a następnie wykorzystują dziecięcą lojalność, indukując poczucie winy i wstydu u dziecka, szczególnie przy próbach zdobycia przez nie autonomii [por. 24, 25]. U podstaw wiązania leży przekonanie, że dziecko i rodzice potrzebują siebie do wzajemnego zaspokajania potrzeb. Tego typu przekonania przypuszczalnie występują u każdego rodzica, różnią się jednak stopniem nasilenia.

Symbioza może być więc rozumiana jako specyficzny sposób interakcji między dwiema osobami, bazujący na ich poczuciu lojalności wobec siebie, który prowadzi do zwiększenia emocjonalnej i poznawczej współzależności tych osób. W tym sensie element symbiotyczny relacji obecny jest w każdej rodzinie. Według Stierlina i wsp. [20] jest on jednak równoważony przez inne wzory interakcji promujące samodzielność, odrębność, budujące dystans, określane jako odsuwanie. W takim ujęciu patologia polega na szczególnym nasileniu tych relacji, które można określić jako symbiotyczne. Szczególnie nasilone odsuwanie paradoksalnie może jednak również prowadzić do symbiozy, ponieważ stały brak bliskości wzmagają tylko jej potrzebę. Prawdziwą bliskość trudno jest także zastąpić (mimo starań niektórych terapeutów) „doświadczeniami korekcyjnymi” w psychoterapii.

Na końcu należy zwrócić uwagę, że zarówno zachowania niektórych osób, jak i pewne sytuacje mogą szczególnie prowokować do nawiązywania relacji symbiotycznych. Dzieje się tak np. w rodzinach osób z chorobą psychiczną. Rodzicom dorosłych dzieci z zaburzeniami psychicznymi często jest trudno oprzeć się nadmiernemu wiązaniu dziecka, ponieważ ono samo do tego prowokuje. Tym bardziej że rodzice znajdują się pod presją norm społecznych nakazujących opiekę nad chorymi. Klasyczny przykład stanowi dorosła kobieta ze schizofrenią, która często prosiła matkę o to, aby zamiast niej poszła do lekarza psychiatry po receptę na stale przyjmowane przez nią leki. Pacjentka potrafiła być na tyle przekonująca, że również lekarz psychiatra zgadzał się na te „zastępstwa”. Można oczywiście również przypuszczać, że w ten oto sposób córka wysyłała matkę na leczenie.

Symbioza odkryta na nowo

Jak już zostało wcześniej nadmienione, symbioza na gruncie psychologii opisywana jest zwykle jako zjawisko niekorzystne. Szczególnie w początkowym okresie rozwoju terapii rodzin uważano, że rodziny osób ze schizofrenią cechują głęboko patologiczne, symbiotyczne relacje. Ten rodzaj związków miał być podtrzymywany przez lęk przed karą wymierzaną osobom próbującym się odseparować. Objawy patologiczne traktowano jako

specyficzną próbę wyjścia poza swoją rodzinę. Jednak w ciągu kilkunastu ostatnich lat termin „symbioza” znacznie stracił na popularności, gdyż zaczęto go kojarzyć z „oskarżycielską psychiatrią”. Przypisanie matce nadopiekuńczości może być wyrazem frustracji psychoterapeuty, który nie potrafi radzić sobie z terapią swojego pacjenta. Symbioza matki i dziecka traktowana jest wtedy jako jedyna przeszkoda w procesie leczenia. Tym samym terapeuta zachowuje przeświadczenie o wartości swoich oddziaływań.

Również poprzez społeczno-kulturowe uwarunkowania matki mają większą szansę zostać „nadopiekuńcami” [26]. To one tradycyjnie zajmują się rodziną, kiedy ojcowie znacznie bardziej angażują się w działalność poza domem. Matki mają więcej okazji do sprawowania kontroli i opieki nad dziećmi. Kulturowo uwarunkowany stereotyp kobiety zaangażowanej w wychowanie dzieci może wzmacniać symbiotyczną relację matki i dziecka, gdyż będzie ona traktowana do pewnego stopnia jako naturalna.

Wątpliwości budzi również używanie terminu „symbioza” w kontekście przemian roli pełnionej przez psychoterapeutę [por. 27]. Symbioza ujmowana jako nadopiekuńczość sugeruje, że pewnych oddziaływań rodziców na dziecko jest nadmiar. Kto ma jednak rozsądzić, jaka „ilość” opieki jest optymalna? Mówienie o symbiozie jest możliwe przez terapeutę eksperta czy sędziego, a nie terapeutę jako współuczestnika dialogu ze swoim klientem. Określenie symbiotyczności jako nadmiaru pewnych zachowań wobec dziecka zależy od kontekstu, w jakim te zachowania się przejawiają. Te same zachowania rodziców wobec dorosłego dziecka bez zaburzeń psychicznych i wobec dorosłego dziecka ze schizofrenią mogą być traktowane albo jako przejaw tendencji symbiotycznych, albo jako konieczny sposób sprawowania opieki.

Matki pacjentów ze schizofrenią z „prześladowców” stały się „ofiarami” choroby swoich dzieci, co znalazło między innymi wyraz w karierze takiego pojęcia jak „brzemień”. Nie oznacza to jednak, że terapeuci przestali się posługiwać terminem „symbioza”, robią to jednak znacznie ostrożniej. Korzystną stroną tego jest unikanie patologizacji, w niektórych jednak sytuacjach może utrudniać zrozumienie pacjentów i ich związków z otoczeniem. Problem ten podjęty został w koncepcji dwóch amerykańskich psychologów, Greena i Wenera [28]. Zwrócili oni uwagę, że symbioza może mieć zarówno korzystny, jak i niekorzystny (patologiczny) aspekt. Ten pierwszy nazwali bliskością i opieką, a drugi intruzywnością. Swoją koncepcję zbudowali na krytycznej analizie prac Minuchina oraz Olsona. Po pierwsze, zwracają uwagę [28], że logicznym przeciwieństwem splątania (kluczowego pojęcia dla koncepcji Minuchina) jest odrębność w relacji (*individuation-in-relation*), a nie, jak to sugerował Minuchin, niezaangażowanie. Traktowanie splątania i niezaangażowania jako przeciwnych krańców tego samego wymiaru prowadzi do nieporozumień. Zgodnie z modelem strukturalnym, nie jest możliwe, aby rodzinę charakteryzowało zarówno splątanie, jak i niezaangażowanie. Przeczą temu obserwacje tych rodzin, których członkowie nie dają sobie wsparcia ani opieki i jednocześnie w różny sposób starają się podporządkować sobie inne osoby z rodziny. Również terminu „splątanie” Minuchin używał w dwóch znaczeniach: (1) jako brak zróżnicowania między Ja i inni, a także (2) jako styl relacji zorientowany na bliskość i dawanie opieki. W tym drugim znaczeniu splątanie jest czymś naturalnym, a nawet pożądanym. Również centralne pojęcie dla szkoły strukturalnej – granic — wymaga lepszego zdefiniowania. W koncepcji Minuchina odnosi się ono zarówno do międzypokoleniowej hierarchii w rodzinie, jak i do stopnia wzajemnej bliskości mię-

dzy członkami rodziny [28]. Poza tym zarówno w rodzinach o granicach sztywnych, jak i zatartych pojawiają się te same, niekorzystne wzory relacji, jak np. kontrola bazująca na przymusie i agresji [28].

Green i Werner [28], analizując prace Olsona, zauważają, że terminologia, która została zaproponowana w Modelu Kołowym, wprowadza w błąd. Dzieje się tak, ponieważ intuicyjnie można przypuszczać, że wysoka spójność czy też wysoka elastyczność są stanami pożądanymi, podczas gdy zgodnie z założeniami modelu optymalne jest umiarkowane natężenie tych cech w funkcjonowaniu rodziny na obu wymiarach. Zwracają też uwagę, że ta hipoteza nie została w pełni poparta dowodami empirycznymi. Zdaniem Greena i Wenera [28], kwestionariusz FACES² bada raczej ten aspekt relacji, który sami nazwali bliskością i opieką.

Można więc wyróżnić dwa niezależne aspekty relacji: patologiczny (intruzywność) i korzystny (bliskość wraz z opieką) [28, 29]. Intruzywność można opisać na wymiarze, którego przeciwległymi krańcami są brak zróżnicowania między Ja i innymi oraz zachowanie odrębności w relacji. Pożądany aspekt relacji tworzy osobny wymiar określający stopień wzajemnej bliskości i dawania sobie opieki. Negatywnym krańcem tego continuum jest brak zaangażowania.

Na intruzywność składa się: (1) bezwzględna psychologiczna kontrola bazująca na dominacji zachowania jednej osoby nad drugą, krytycyzm, straszenie porzuceniem, czasami groźby fizycznej agresji, (2) ekstremalnie nasilony lęk separacyjny, (3) chęć „posiadania” partnera i zazdrość o niego wynikająca z lęku przed odrzuceniem i braku pozytywnej więzi dającej poczucie bezpieczeństwa, (4) gwałtowna i skrajna emocjonalna reaktywność na stany emocjonalne innych członków rodziny, branie odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów innych, (5) interpersonalne projekcje utrudniające odróżnienie własnych motywów, opinii, uczuć, potrzeb, wartości od opinii, uczuć itp. innych członków rodziny, (6) doświadczenie mistyfikacji jako narzucania jednej osobie przez drugą swojego punktu widzenia, (7) zaburzenia komunikacji – szczególnie werbalne i niewerbalne próby dyskwalifikacji, (8) nietypowy, dziwaczny, nacechowany nielogicznymi interpretacjami sposób widzenia świata przez członków rodziny [28, 29].

Na bliskość wraz z opieką składają się: (1) okazywane sobie ciepło, tj. stopień, w jakim jedna osoba okazuje ciepło, akceptację, troskę, przyjaźń, miłość i pozytywne ustosunkowanie drugiej osobie, (2) ilość wspólnie spędzanego czasu i przypisywana temu waga, (3) możliwość zaspokojenia własnych potrzeb w kontakcie (nurturance), tj. stopień, w jakim jedna osoba zapewnia drugiej emocjonalny komfort, wsparcie, jest jej pomocna, (4) intymność, tj. stopień, w jakim jedna osoba przytula, chwyta za ręce, całuje, szuka fizycznej bliskości drugiej osoby, (5) spójność, tj. stopień, w jakim zachowanie jednej osoby jest jasne, przewidywalne, stałe wobec drugiej osoby [28, 29].

Werner i Green [30, 29, 31] skonstruowali własne narzędzie bazujące na założeniach swojej koncepcji. Kwestionariusz ten nazwali The California Inventory for Family Assessment (CIFA)³. Służy on do analizy relacji w diadach, jakie występują w rodzinie (np.

² Kwestionariusz FACES (Family Adaptability and Cohesion Scales) wykorzystuje założenia Modelu Kołowego Olsona i bada spostrzegane przez członków rodziny sposoby jej funkcjonowania i właściwości relacji wewnątrzrodzinnych.

ojciec—syn; żona—mąż), nie badając jednak funkcjonowania rodziny jako całości.

Niektórzy terapeuci myślą styl relacji zorientowany na opiekę lub kooperację ze szkodliwym aspektem symbiozy. Pomyłka ta może szczególnie dotyczyć kobiet spostrzeganych jako „nadopiekuńcze” czy „kochające za bardzo”. Green i Werner [28] zwracają też uwagę, że obraz prawidłowo funkcjonującej rodziny ukształtował się na bazie tradycyjnego, z wyraźnym zaakcentowaniem roli mężczyzny, europejskiego lub amerykańskiego modelu rodziny, której członkowie należą do klasy średniej. We współczesnym otwartym społeczeństwie mamy jednak do czynienia z wielokulturowością, różnymi stylami życia i formami związków [32]. Amerykańscy badacze przytaczają badania [28], w których porównywano za pomocą kwestionariusza FACES relacje w parach lesbijek, gejów i parach heteroseksualnych. Pary lesbijek charakteryzowały się na tyle wysokim poziomem spójności i elastyczności (większym niż występował on w parach gejów i heteroseksualnych), że można by je uznać za splątane. Z drugiej jednak strony, pary te cechowała największa satysfakcja ze związku. Green i Werner [28], komentując te dane, wskazują, że pary lesbijek są nie tyle splątane, co cechuje je wysoki poziom bliskości wraz z opieką, tak jak można się spodziewać w związku dwóch kobiet. Willi [33] pisze z kolei, że symbiotyczność może być wręcz pożądana na początkowym etapie rozwoju związku. Partnerzy czują, że należą do siebie, co daje im poczucie stabilności związku. To poczucie przynależności pomaga w utrzymaniu relacji, gdy okres zakochania przechodzi w fazę dyferencjacji niosącej często rozczarowanie partnerem, dostrzeganiem wzajemnych różnic.

Werner i Green [29, 28] reprezentują inne niż Stierlin i wsp. [10] stanowisko dotyczące patologii. Według nich patologiczne aspekty relacji są odmiennie jakościowo od tych korzystnych. Symbiotyczność w tradycyjnym na gruncie psychologii rozumieniu tego słowa będzie odnosiła się do intruzywności. Z drugiej jednak strony, pewne aspekty symbiotyczności mogą być pożądane. Zwrócenie uwagi na podwójną naturę relacji występujących w rodzinie znajduje również swoje odzwierciedlenie w koncepcjach psychodynamicznych. Narcystyczny aspekt relacji jest stale obecny w związkach, gdyż potrzeba self obiektów nie jest ograniczona wyłącznie do dzieciństwa. Tak więc dla dzieci ich opiekunowie są zarazem obiektami związków uczuciowych, jak i self-objektami wykorzystywanymi w służbie rozwoju self. Również rodzice spostrzegają dzieci z jednej strony jako odrębne istoty, a z drugiej jako uzupełnienie i kontynuację siebie. Z czasem self-objektami staje się grupa rówieśnicza, przyjaciele, współmałżonek [5].

Oczywiście można dyskutować, czy warto poszerzać znaczenie symbiozy jako zjawiska mającego również pozytywne konotacje. Na pewno jednak koncepcja Wenera i Greena chroni psychoterapeutę przed wysuwaniem zbyt pochopnych wniosków dotyczących symbiotycznego charakteru relacji, z drugiej jednak strony nie zamyka drogi do wskazywania na patologiczne aspekty związku. Szczególnie ważne może się to okazać w pracy z rodzinami osób zaburzonych psychicznie. Osoby te często wymagają dodatkowej troski ze strony najbliższych. Krzywdzące jest traktowanie tej troski jedynie jako formy patologicznej bliskości. Pozostawić to może najbliższych członków rodziny zdezorientowanych, gdyż ich zaangażowanie okazuje się ograniczać autonomię pacjenta. Z punktu widzenia

³ Polska adaptacja tego narzędzia jest przygotowywana na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przez dr hab. Barbarę Tryjarską i mgr. Szymona Chrzastowskiego.

pomysłu Wernera i Greena bliskość jest zawsze korzystna, a nawet niezbędna. Psycho-terapeuta powinien jednak być wrażliwy na takie jej aspekty, które mogą prowadzić do patologii. Rodzice poprzez bliskość mogą starać się kontrolować swoje dziecko. Źródłem tej kontroli należy upatrywać nie tylko w nie rozwiązanych konfliktach wokół separacji, ale także w poczuciu brzemienia. Rodzice, próbując poradzić sobie z problemami wynikającymi z zaburzeń psychicznych dziecka, nasilają nad nim kontrolę w nadziei, że w ten sposób zminimalizują potencjalne trudności. Prowadzi to do symbiotycznego związku zasadzającego się na wzajemnej kontroli. Podporządkowują swoje życie opiece nad dzieckiem z lęku o jego los. Ten typ relacji pogłębia tylko poczucie brzemienia rodziców, gdyż kontrola pochłania bardzo dużo ich sił. Z uwagi jednak na to, że kontrola wymaga mniejszego zaangażowania niż opieka bazująca na wsparciu, jest ona dalej wzmagana. Tworzy to błędne koło wzajemnie wzmacniających się niekorzystnych procesów. Symbioza nie stanowi więc przeszkody w pracy z rodziną pacjentów psychiatrycznych. Terapeuta musi jednak nauczyć się wykorzystywać te jej aspekty, u podstaw których leży wsparcie, a ograniczać te związane z kontrolą. Osiągnąć to może poprzez obniżenie lęku u rodziców, czemu sprzyjać ma zmniejszenie poziomu ich poczucia brzemienia. Efektywnymi technikami pozwalającymi zmniejszyć poziom poczucia brzemienia dysponuje psycho-edukacja. Psychoterapeuta, mierząc się z problemem symbiozy, powinien zastanowić się, jak twórczo ją wykorzystać.

Piśmiennictwo

1. Margulis L. Symbiotyczna planeta. Warszawa: Wydawnictwo CiS.
2. Sokolik M. Psychoanaliza i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1993.
3. Summers F, Walsh F. Symbiosis and confirmation between the parents of the schizophrenic. *Fam. Proc.* 1981; 20: 319-330.
4. Mahler M, Pine F, Bergman A. The psychological birth of the human infant. New York: Basic Books; 1975.
5. Alanen YO. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
6. Clinton D. Contemporary developmental research and Mahler's theory of separation-individuation. W: Reports from Department of Psychology. The University of Stockholm; 1988.
7. Buchheim A, Schmucker G, Kachele H. Rozwój, więź i związki: nowe koncepcje psychoanalityczne. *Psychiatr. Pol.* 2001; 35, 4: 549-571.
8. Namysłowska I. Psychologiczne teorie związków z obiektem. *Psychiatr. Pol.* 1983; 5/6: 435-443.
9. Cramer B. Zawód dziecko. Warszawa: Wydawnictwo WAB; 1989.
10. Stierlin H, Rucker-Embsden I, Wetzel N, Wirsching M. Pierwszy wywiad z rodziną. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
11. Barbaro Z, de, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
12. Zalewska M. Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą. Psychiczne mechanizmy zaburzeń rozwoju tożsamości dziecka głuchego i dziecka z opóźnionym rozwojem mowy. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1998.
13. Schier K, Zalewska M. Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2002.
14. Wynne L. The Epigenesis of relational system: a model for understanding family development. *Fam. Proc.* 1984; 23: 297-318.
15. Nichols M P. Family therapy. Concept and methods. New York: Grandeur Press; 2000.

16. Tryjarska B. Terapia rodzinna. W: Grzebiuk L, red. Psychoterapia. Warszawa: PWN; s. 245-294.
17. Stierlin H, Retzer A, Simon FB, Weber G, Schmidt G. A systemic treatment approach to psychoses. *Maszynopis*, 1995 [dostępny w Zakładzie Terapii Rodzin CM UJ].
18. Stierlin H. Separating parents and adolescents: A perspective on running away, schizophrenia, and waywardness. New York: Quadrangle; 1974.
19. Stierlin H. The dynamics of owning and disowning: psychoanalytic and family perspective. *Fam. Proc.* 1976; 15: 227-288.
20. Stierlin H, Levi LD, Savard RJ. Centrifugal versus centripetal in adolescence: Two patterns and their implications. W: Feinstein S, Giovacchi P, red. *Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry: Developmental and clinical studies*. New York: Basic Books; 1973.
21. Stierlin H. Family dynamics and separation patterns of potential schizophrenics. W: Alanen Y, red. *Proceedings of the Fourth International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1972.
22. Laing RD. *Ja i inni*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1997.
23. Laing RD. *Podzielone Ja*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1995.
24. Adams G, red. *Adolescent development*. Oxford: Blackwell Publishers; 2000.
25. McCurdy S, Scherman A. Effects of family structure on the adolescent separation-individuation process. *Adolesc.* 1996; 31.
26. Goldner V. Feminism and family therapy. *Fam. Proc.* 1985; 24, 1: 31-47.
27. Barbaro Z, de. *Dzieje terapii rodzinnej*. Znak 1997; 10: 28-37.
28. Green RJ, Werner P. Intrusiveness and closeness-caregiving: rethinking the concept of family „enmeshment”. *Fam. Proc.* 1996, 35: 115-136.
29. Werner P D, Green RJ. California Inventory for Family Assessment (CIFA) home page. 1999, <http://ourworld.compuserve.com/homepages/>
30. Werner PD, Green RJ, Browne TL, McKenna T. Beyond „enmeshment”: evidence for the independence of intrusiveness and closeness-caregiving in married couples. *J. Mar. Fam. Ther.* 2002; [w druku].
31. Fanjoux-Cohen L, Mouly-Bandini A, Werner PD, Green RJ. Rethinking marital enmeshment: distinguishing intrusiveness from closeness-caregiving among French couples. *Eur. Psychiatry* 1998; 13: 46-51.
32. Toffler A. *Trzecia fala*. Warszawa: PIW; 1997.
33. Willi J. The significance of romantic love for marriage. *Fam. Proc.* 1997; 36: 171-182.

Adres: ul. Stawki 5/7
00-183 Warszawa

