

Andrzej Margasiński

Rok: 2000

Czasopismo: Terapia Uzależnienia i Współzależnienia

Numer: 5

Nowe spojrzenie na współzależnienie przez analogię do relacji neurotyczność nerwica
Od czasu wystąpienia T. Cermaka (1986) termin "współzależnienie" zyskał powszechne zastosowanie, choć jego rozumienie jest wciąż dyskutowane. Charakterystyczne jest dość duże zróżnicowanie stanowisk i definicji, przy czym zasadnicze kwestie koncentrują się wokół pytań o to, czy mamy do czynienia z chorobą, zaburzeniami osobowości czy reakcją na stres. Zarówno określenie samej istoty współzależnienia, jak i relacje między określającymi ją treściami, wciąż nie są jasne.

WSPÓŁZALEŻNIENIE JAKO CHOROBA

T. Cermak (1986) jest jednym z pierwszych autorów opowiadających się wyraźnie za ujęciem współzależnienia jako choroby. Zaproponowane przez niego kryteria są powszechnie znane, dlatego nie ma potrzeby ich przytaczania.

Jak zauważa H. Szczepańska (1992) kryteria zaproponowane przez Cermaka są mało operacyjne. Wnikając w głębokie mechanizmy psychologiczne, stają się raczej podstawą interpretacji zachowania niż diagnozy.

Na chorobowy wymiar współzależnienia wskazuje także Janet Woititz (1989).

Współzależnienie uznaje za chorobę żon alkoholików. W jej ujęciu jest ono lustrzanym odbiciem alkoholizmu. Cechy osoby współzależnionej są podobne do osobowościowego portretu alkoholika. Alkoholik uzależniony jest od środka chemicznego, zaś żona uzależniona jest od alkoholika. Do widocznych symptomów współzależnienia Woititz zalicza:

"opiekuńczość, pełne litości skoncentrowanie się na alkoholiku; zakłopotanie; unikanie okazji do picia; przesunięcie we wzajemnych kontaktach; poczucie winy; obsesje; stałe zamartwianie się; niepokój, kłamstwa, fałszywe nadzieje; rozczarowania; euforię; zamęt; problemy seksualne; złość; letarg; poczucie beznadziejności; poczucie krzywdy; rozpacz" (s.25). Za podstawowy problem osoby współzależnionej J. Woititz uważa tendencję do zaprzeczania chorobie męża, własnym trudnościami, sytuacji rodziny. To główny mechanizm umożliwiający rozwój i trwanie choroby.

Pia Mellody (1993) także opowiada się za ujęciem współzależnienia jako choroby, której początki związane są ze wzrastaniem w rodzinach dysfunkcyjnych. Dzieci w nich żyjące narażone są na nadużycia fizyczne, seksualne, emocjonalne, intelektualne i duchowe. Zaistniałe, uszkadzają ich osobowość, system granic psychologicznych, sferę uczuć. Osoby współzależnione musiały być wychowywane w klimacie niedostatecznej opiekuńczości, z częstymi przejawami nadużyć fizycznych bądź moralnych. Dlatego wykazują tendencję do

skrajnego zaniżania lub zawyżania własnej wartości, są zewnątrzsterowne. Mają trudności w wytyczaniu psychologicznych granic zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Możliwy jest też u nich całkowity brak granic lub przeciwnie granice mają charakter nieprzepuszczalnych murów wznoszonych ze strachu, gniewu i złości. Często obserwuje się gwałtowne przechodzenie od całkowitej przepuszczalności do murów i odwrotnie. W obydwu wypadkach jest to wynik braku satysfakcji życiowej.

Za pięć głównych symptomów współzależnienia P. Mellody uważa trudności z: odczuwaniem własnej wartości (zewnątrzsterowność), wytyczaniem funkcjonalnych granic, doświadczaniem i wyrażaniem swojej rzeczywistości, zaspakajaniem dorosłych potrzeb, doświadczaniem i wyrażaniem swojej rzeczywistości z umiarem (s.21-63). Zdaniem Mellody bodaj najbardziej istotną cechą osób współzależnionych jest niekontrolowana skłonność do ekstremalnych odczuć i zachowań. Są one skutkiem modelowania wyniesionego z dzieciństwa, bądź odczucia bycia "niesłuchanym i niezauważanym", co w efekcie przynosi nadmierne, niekontrolowane podkreślanie własnej osoby. P. Mellody definiuje: "Współzależnienie jest upośledzeniem dojrzałości spowodowanym urazem z dzieciństwa. Osoby współzależnione są niedojrzałe lub dziecinne w takim stopniu, że przeszkadza im to w życiu" (1992, s.15). Mimo, iż Mellody opowiada się za traktowaniem współzależnienia jako choroby, w przytoczonej definicji zauważalne jest przesunięcie akcentów w stronę osobowości.

Do grupy autorów ujmujących współzależnienie przez pryzmat choroby zaliczyć można także M. Beattie (1994). Przyczyny współzależnienia Beattie widzi przede wszystkim w silnej potrzebie kontrolowania innych. Amerykańska terapeutka opowiada się za szerokim rozumieniem mechanizmu współzależniania się, nie jest to tylko specyfika relacji alkoholik żona. Symptomy współzależnienia mogą pojawić się w innych destrukcyjnych związkach: z nałogowymi hazardzistami, seksoholicami, obżartuchami czy agresorami. Wspólnym wątkiem jest destrukcyjny wpływ, jakiemu podlegają i sposoby, w jaki osoby współzależnione próbują wpływać na swoich partnerów. Do głównych cech osób współzależnionych Beattie zalicza: opiekuńczość, poczucie niskiej wartości, tłumienie emocji i myśli, obsesje, kontrolowanie, zaprzeczanie, uzależnianie się od innych, trudności w porozumiewaniu się, rozmyte granice tolerancji, brak zaufania do siebie i innych, częste doświadczanie złości w stosunku do innych i do siebie, problemy seksualne (s.58-72).

M. Beattie relacjonuje szeroko liczne wątpliwości związane z określeniem tego zjawiska i proponuje własną definicję, która jest jednak mało precyzyjna: "Współzależnioną jest osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziaływującej na nią w ten sposób osoby" (s.53). Sformułowanie " ... osoba, która pozwala na to ..." sugeruje, że decyzje podejmowane są świadomie. Jeśli ktoś na coś pozwala, to znaczy, że może także na to nie wyrazić zgody, a przecież o syndromach współzależnienia mówi się raczej jako o mechanizmach kompulsywnych, będących poza kontrolą.

WSPÓŁZALEŻNIENIE JAKO ZABURZENIE OSOBOWOŚCI

T. Millon (1981) przedstawia portret osobowości zależnej, przywoływany w rozważaniach o współzależnieniu. Osoba taka charakteryzuje się uległością, unikaniem współzawodnictwa i konfliktów, nastawieniem pojednawczym, skłonnością do poświęceń, brakiem wiary w siebie,

brakiem umiejętności radzenia sobie z trudnościami interpersonalnymi, brakiem zdolności do samodzielności i odpowiedzialności, pasywnym, jednostajnym, podporządkowanym trybem życia. W świetle badań J. Mellibrudy i H. Szczepańskiej (1988) nad żonami alkoholików, ten typ osobowości zdaje się odpowiadać żonom "uległym", w przeciwieństwie do żon "dominujących".

J. Santorski w przedmowie do pracy P. Mellody (1992) opowiada się za ujęciem współzależnienia jako zaburzenia osobowości: "Współzależnienie to zaburzenie osobowości charakteryzujące się chorobliwą skłonnością do związków, w których partnerzy są w relacji patologicznego uzależnienia od siebie, nie respektują swoich granic, niejasno się komunikują, biorą na siebie nadmiar odpowiedzialności za partnera i/lub zrzucają na niego własne problemy" (s. 6). Terapeuci, jak zauważa Santorski, obserwują coraz więcej tego typu związków, niedojrzałych emocjonalnie, nie ograniczających się tylko do relacji w rodzinach alkoholowych.

J. Bradshaw (1988) zdecydowanie rozszerza pojęcie współzależnienia na wszystkie osoby żyjące w rodzinach dysfunkcyjnych. "Współzależnienie może być definiowane jako rozpoznawalny wzór sztywnych cech osobowości, zakorzenionych w zinternalizowanym wstydzie będącym rezultatem zaniedbania, które zazwyczaj dotyczy każdej osoby w systemie dysfunkcyjnym" (s.199). Bradshaw ujmuje je przede wszystkim jako efekt zaburzenia systemu rodzinnego, zaś główną cechą osób współzależnionych jest sterowanie z zewnątrz, brak własnej autonomii.

W. Sztander wskazuje zarówno na rolę aspektów przystosowawczych, jak i osobowościowych. W "Poza kontrolą" (1993) zdaje się jednak przesuwac akcenty w stronę tych drugich: "Współzależnienie nie jest chorobą. Jest to nadmierna sztywność myślenia i działania, powstała w wyniku niesprzyjających doświadczeń życiowych (o wiele wcześniejszych niż małżeństwo z alkoholikiem) utwierdzona w życiu z osobą uzależnioną, sztywność uniemożliwiająca korzystne i skuteczne rozwiązywanie trudności własnych i swojej rodziny" (s. 38-39).

WSPÓŁZALEŻNIENIE JAKO REAKCJA NA STRES

H. Szczepańska (1992), dokonując przeglądu badań nad żonami alkoholików, opowiada się za interpretacją współzależnienia jako reakcji na stres życia z alkoholikiem: "Zjawiska, które opisuje termin współzależnienie występują wyraźnie w związku z sytuacją zewnętrzną, a ich nasilenie zmienia się wraz ze zmianą tej sytuacji" (s.55). Nawiązując do własnych badań empirycznych, autorka proponuje szereg kryteriów współzależnienia, będących zasadniczo symetrycznym odbiciem kryteriów choroby alkoholowej.

Z. Sobolewska (1996) wskazuje, że żony alkoholików, to grupa bardzo niejednorodna i być może stworzenie jednej wspólnej definicji współzależnienia nie jest możliwe. Do rozwoju współzależnienia może dojść tylko na skutek uczestnictwa w stałym, nierównym, destrukcyjnym związku, w który osoba współzależniona nie tyle wchodzi, co go współtworzy. Współzależnienie jest formą szkodliwego przystosowania się. Jego objawy są wynikiem określonych reakcji przystosowawczych. "Współzależnienie jest to utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej, niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi

zachowaniami partnera, ograniczająca w sposób istotny wybór postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę położenia na lepsze" (1999, s. 9). Nie u wszystkich żon i córek alkoholików muszą wystąpić objawy współzależnienia. Decydują o tym, zdaniem Sobolewskiej, trzy grupy czynników istotnych w etiologii tego syndromu:

Czynniki związane z sytuacją zewnętrzną (stres, trudna sytuacja materialna, mieszkaniowa, liczba dzieci, etc.).

Osobowość rozwojowi współzależnienia sprzyja brak umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, których jednostka nie nabyła we wczesnych etapach życia.

Zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym uszkodzone granice, niska samoocena, brak zdolności do obrony. Poczucie własnej wartości u osób współzależnionych jest na ogół niskie i w znacznym stopniu związane z wizją wartościowego życia jedynie przy boku partnera (męża). Kobiety współzależniające się, charakteryzują się silną potrzebą zależności od innych i systemem przekonań na życie z "programem we dwoje" prawie za każdą cenę. Kobietom tym niezwykle trudno bez pomocy z zewnątrz nabrać dystansu, nie powielać tych samych błędów, etc.

Znaczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem w rozwoju współzależnienia podkreśla J. Mellibruda (1999). Zdaniem Mellibrudy, największą szansę na radzenie sobie ze stresem mają osoby o dość wysokiej tolerancji na niepewność (niski poziom czujności) i dość wysokiej tolerancji na bolesne doświadczenia. Najgorzej radzą sobie osoby o wysokiej czujności i niskiej tolerancji na przykre doznania, zatem ten typ osobowości będzie najbardziej podatny na rozwój współzależnienia.

* * *

W. Sztander (1997) wskazuje na dwie niebezpieczne tendencje, które towarzyszą funkcjonowaniu pojęcia współzależnienia. Błąd pierwszy polega na ujmowaniu go jako lustrzanego odbicia uzależnienia. Mimo wielu podobieństw w obrazie obu tych zjawisk, nie jest to podejście w całości uzasadnione. Podstawowa różnica polega na tym, że o ile w uzależnieniu od alkoholu dochodzi do nieodwracalnych zmian metabolicznych, o tyle osoba współzależniona nie jest narażona na ten rodzaj nieodwracalności. Objawy współzależnienia mogą ustąpić, m.in. dzięki terapii. Nie muszą też występować nawroty, charakterystyczne dla choroby alkoholowej. Błąd drugi, to łączące się z pierwszym przekonanie, że osobą współzależnioną jest się do końca życia.

Powyższy przegląd stanowisk, skrótowy i pobieżny obrazuje duże zróżnicowanie poglądów dotyczących współzależnienia. Do nielicznych wspólnych spostrzeżeń zaliczyć można przekonanie, że warunkiem zaistnienia syndromu współzależnienia jest pozostawanie w silnym emocjonalnie, destrukcyjnym związku (z tym faktem łączy się ważne pytanie, jak dochodzi do powstawania takich związków). Mechanizm ten ujawnia się także w wielu innych relacjach, nie tylko w rodzinach alkoholowych.

Jednocześnie ta wielość opinii wskazuje na pilną potrzebę empirycznych weryfikacji poszczególnych spostrzeżeń klinicznych. Do takich nielicznych prób należą badania L. Sagadyna (1998) wskazujące na wysoką korelację pomiędzy zaburzeniami nerwicowymi a objawami współzależnienia. U 80,4% pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i zespołów nerwicowych stwierdzono współzależnienie, z czego 33,5% stanowili koalkoholicy, 26,8 %

Dorośle Dzieci Alkoholików, 20,1% koalkoholicy będący jednocześnie DDA. Badanie grupy współzależnionych testem MMPI wskazało na dominację zaburzeń osobowości, tendencje do zachowań kompulsywnych, podwyższone wyniki w skali introwersji, zachowania izolacyjnie społecznie. Grupa współzależnionych i "czystych neurotyków" nie różniła się pod względem ogólnego poziomu napięcia. Z badań L. Sagadyna jednoznacznie wynika, że relacja nerwica syndrom współzależnienia wymaga pogłębionego opisu, problem ten jest jak dotychczas rzadko poruszany w rozważaniach środowisk zajmujących się terapią.

Próba badań empirycznych została podjęta również przez autora poniższego tekstu. Skonstruowany został projekt kwestionariusza do badania symptomów współzależnienia nazwany roboczo "Kwestionariuszem relacji z innymi" (obecnie prowadzone są nim badania pilotażowe, szczegółowa prezentacja wyników nastąpi w innym miejscu). Punktem wyjścia do konstrukcji kwestionariusza było wyodrębnienie obszarów emocjonalnych, których istnienie jest podkreślane przez terapeutów jako wiodące w funkcjonowaniu osób współzależnionych. W rezultacie przeprowadzenia dwóch wersji pilotażowych okazało się, że statystycznie różnicujące są:

niskie poczucie własnej wartości - nadmierne przecenianie oceny innych, małe przekonanie o własnej sprawczości, niska wewnętrzna autonomia, zewnątrz sterowność;
nadopiekuńczość zbyt mocne koncentrowanie się na partnerze (mężu), próby rozwiązywania jego problemów, oderwanie się od własnych spraw;
lęk obawy przed zachowaniami partnera (męża), niepokój przed zmianami;
złość agresja w stosunku do partnera, ale i innych, często doświadczana na skutek stresów, kontakt z tym uczuciem łatwiejszy niż z innymi;
zaprzeczanie tendencja do unikania konfrontacji z rzeczywistością, okłamywanie siebie i innych, pomniejszanie skali własnych problemów;
problemy seksualne - niski poziom satysfakcji z pożycia seksualnego, często jego całkowity brak lub współżycie wymuszone. Badania prowadzone są nadal, w celu uzyskania wyników na większej liczbie osób.

Teorie stresu i teorie typów osobowości interpretowano na ogół jako przeciwstawne. Uznając, że rozpatrujemy stałość, jako cechę osobowości konstrukt teoretycznego, a zmienność, jako rezultat stresu i sposobów radzenia sobie z nim, można tę przeciwstawność uznać. Jednak próby odnoszenia tego sposobu rozumowania do analizy współzależnienia są pułapką myślową. O tym bowiem, jak człowiek radzi sobie w trudnej sytuacji, decydują różnice osobowościowe. Wydaje się, że mamy tu do czynienia ze swoistą komplementarnością zjawisk. Mam na myśli zależności analogiczne do tych, jakie zachodzą pomiędzy neurotykiem a nerwicowcem (typ osobowości choroba). Aby rozwinąć tę myśl posłużę się charakterystyką osobowości neurotycznej dokonaną przez, trochę już dzisiaj zapomnianą, Karen Horney (1937; 1950), choć samo pojęcie osobowości neurotycznej jest powszechnie używane i zajmuje niekwestionowane miejsce w nozologii psychopatologicznej. Horney podjęła próbę znalezienia uniwersalnych kryteriów osobowości neurotycznej, tj. osobowości szczególnie podatnej na rozwój nerwicy, choroby naszej cywilizacji. Kryteriów uniwersalnych, tzn. występujących powszechnie, niezależnie od zmiennych warunków kulturowych i norm społeczno obyczajowych. Do kryteriów tych Horney zaliczyła:

Nadmierną zależność emocjonalną od uczucia lub aprobaty innych.

Nadmierne troszczenie się i chęć pomocy innym wynikające z kompulsywności, to podstawowy sposób przejawiania się nadmiernej zależności emocjonalnej. Może ona manifestować się w postaci oczekiwania na wyrazy uznania ze strony innych lub (gdy następuje długotrwała frustracja tej potrzeby) w przyjęciu maski typu "nie zależy mi na tym".

Wewnętrzny brak poczucia bezpieczeństwa.

Ujawnia się w postaci poczucia niższości i poczucia nieadekwatności w różnych postaciach, np. osoba inteligentna jest przekonana o własnej niekompetencji, ładna kobieta uważa się za nieatrakcyjną, itd. Poczucie niższości manifestuje się na wiele sposobów. (Horney używa adlerowskiego terminu "poczucie niższości", dziś powiedzielibyśmy raczej "małe poczucie własnej wartości").

Wyraźne zahamowania.

Ujawniają się zarówno w odniesieniu do oddziaływań zewnętrznych (np. jednostka nie może obronić się przed "wciśnięciem jej bubla") lecz również w stosunku do oddziaływań wewnętrznych, związanych z własnymi potrzebami.

Przejawy agresji.

Manifestują się w dwojaki sposób. Jednym jest agresja bezpośrednia, dominacja, krytykowanie, wydawanie rozkazów, ubliżanie, stawianie nadmiernych wymagań, itp., bądź przyjmowanie postawy biednych, wykorzystywanych, poniżanych, trwanie w przekonaniu, że muszą się bronić, bo cały świat jest przeciwko nim.

Zaburzenia sfery seksualnej.

Neurotycy mają silne pragnienia kontaktów seksualnych, a jednocześnie zahamowania wobec nich (s.39-42).

Nietrudno dostrzec podobieństwa pomiędzy cechami osobowości neurotycznej a cechami osób z objawami współzależnienia.

Wydaje się, że zależność między neurotycznością a nerwicą jest analogiczna do istnienia zależności między tendencją do współzależniania jako cechą osobowości, a współzależnieniem rozumianym w wymiarze chorobowym. Można postawić pytanie czy u każdego neurotyka (typ osobowości) musi rozwinąć się nerwica, a więc choroba. Odpowiedź brzmi nie. Przyjmując za podstawowe kryteria nerwicy istotne zaburzenia w poziomie przystosowania społecznego, niemożność dalszego pełnienia podstawowych ról społecznych, to fakt "bycia neurotykiem" niczego jeszcze nie rozstrzyga. Neurotycy rzadko są ludźmi szczęśliwymi, często mają poważne trudności w kontakcie z sobą i innymi, jednak nie musi im to uniemożliwiać pełnienia ważnych ról społecznych, mogą w nich funkcjonować całkiem poprawnie, mniej lub bardziej sprawnie wywiązywać się z roli matki, męża, pracownika, studenta, etc. O tym, czy u kogoś rozwinie się nerwica, decydują warunki zewnętrzne (poziom stresu). One umożliwiają lub utrudniają radzenie sobie z konfliktami wewnętrznymi, szczególnie z lękiem. "Jeżeli warunki życia nie sprzyjają obniżeniu lęku (jak to się często dzieje), to lęk nie tylko będzie się utrzymywał, ale jak zobaczymy później musi stopniowo wzrastać, uruchamiając wszystkie procesy zaangażowane w nerwicy" (op. cit. s.71).

Różnice w nasileniu poszczególnych objawów (lęk, dolegliwości psychosomatyczne) u neurotyka i nerwicowca mają charakter typowo ilościowy (jakościowa różnica zachodzi pomiędzy nerwicowcami a chorymi psychicznie), choć w rezultacie prowadzą do nowej jakości choroby. To znaczy, że nerwicowiec doświadcza zasadniczo tych samych dolegliwości, co neurotyk, tylko w zdecydowanie większym nasileniu, w stopniu zaburzającym jego zdolności przystosowawcze.

Innymi słowy, neurotyk przez całe życie może być "tylko" neurotykiem, ale w trudnych, przeciążających go warunkach istnieje duże prawdopodobieństwo rozwinięcia się u niego nerwicy, czyli procesu chorobowego.

Posługując się analogią do zagadnienia neurotyczność nerwica i dotychczasową wiedzą o objawach współzależnienia, można pokusić się o następujące wnioski. Nie każda żona alkoholika musi być "chora na współzależnienie", choć prawdopodobieństwo pojawienia się objawów współzależnienia jest bardzo duże. Decydujące będą jej predyspozycje osobowościowe, zaplecze społeczno-psychologiczne i nasilenie stresu. W myśleniu o współzależnieniu jako "chorobie żon alkoholików", trzeba też brać pod uwagę fakt, że kontakty terapeutyczno-badawcze odsłaniają nam jedynie problemy tej grupy kobiet, które zdecydowały się szukać pomocy. Istnieje zapewne i taka część populacji żon alkoholików, które samodzielnie radzą sobie z pićm męża i nie szukają pomocy instytucjonalnej. Ale istnieje pewnie i taka grupa kobiet, równie badawczo niedostępna, której życie w związku z pijącym mężem ma wymiar tragedii, a jednak trwa dalej. Świadomość tych różnicowań nakazuje ostrożność w uogólnianiu sądów na podstawie badań czy relacji terapeutycznej.

* * *

W terminologii dotyczącej współzależnienia istnieje duże zamieszanie, przede wszystkim dlatego, że termin ten stosowany jest zarówno w odniesieniu do typu osobowości, jak i choroby. Proponuję, aby pojęcie "współzależnienie" stosować wyłącznie na określenie jednostki chorobowej (nie ma powodów, aby dezawuować opisy nasilenia syndromów w natężeniu chorobowym), idąc tropem badań L. Sagadyna, być może, można mówić o nowym rodzaju nerwicy. Propozycja ta jest formą kompromisu, uwzględniającą postulaty terapeutów, którzy opisują swoje całkowicie zdeorganizowane pacjentki, z drugiej strony zawęża to pojęcie ze względu na kryterium nasilenia objawów. Równocześnie zasadne wydaje się posługiwanie pojęciem "osobowość współzależniająca się", na określenie typu osobowości neurotycznej, szczególnie podatnej na rozwój współzależnienia jako choroby. Jednocześnie należy pamiętać, że mówienie o współzależnieniu jako chorobie, wymaga pełnego opisu z koniecznością wskazania etiologii, objawów, przebiegu i możliwości terapii. W tych kwestiach ciągle brakuje zarówno spójnej teorii, jak i weryfikacji empirycznych. Z kolei przez osobowość współzależniająca się rozumiem typ osobowości neurotycznej, charakteryzujący się nadmiernym uwikłaniem emocjonalnym wynikającym z życia w orbicie innej osoby, przynoszącym jednostce szkody emocjonalne, zdrowotne, rodzinne i społeczne. Współzależniająca się cechują się jak wynika wstępnie z prowadzonych przeze mnie badań niskim poczuciem własnej wartości, postawami nadopiekuńczymi wobec życiowych partnerów, wysokim poziomem lęków, tendencjami do zaprzeczania własnym trudnościom, intensywnym doświadczeniem i manifestowaniem złości oraz problemami seksualnymi. Skala nasilenia tych objawów zadecyduje o tym, czy będziemy mieli do czynienia z chorobą współzależnienia

(może warto zastanowić się nad pojęciem nerwica współzależnienia?). Jeśli ich natężenie zasadniczo zaburza zdolności przystosowawcze można mówić o chorobie, jeśli zdolności przystosowawcze są zachowane o trudnościach adaptacyjnych.

Kryteria te muszą być przedmiotem dalszych badań i oddzielnych opracowań. O tym, czy mamy do czynienia ze współzależnieniem w wymiarze chorobowym musi za każdym razem decydować profesjonalna diagnoza dokonywana przez specjalistów.

Andrzej Margasiński

Autor jest psychologiem klinicznym, doktorem nauk humanistycznych, adiunktem w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Częstochowie.

Literatura:

Beattie M., Koniec współzależnienia jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1994.

Bradshaw J., Zrozumieć rodzinę, IPZiT PTP, Warszawa 1994.

Cermak T., Diagnosing and treating co-dependence, Johnston Institute Books, Minneapolis 1986.

Horney K., Neurotyczna osobowość naszych czasów, PWN, Warszawa 1982.

Mellibruda J., Stres a współzależnienie, Niepublikowany wykład wygłoszony na Letniej Szkole Psychologii Zdrowia, Szczyrk 1999.

Mellibruda J., Szczepańska H., Współzależnienie i inne problemy psychologiczne żon pacjentów uzależnionych, Warszawa 1989.

Mellibruda J., Szczepańska H., Psychologiczne problemy żon alkoholików sprawozdanie z II fazy badań, IPZiT PTP, Warszawa 1989.

Mellody P., Toksyczne związki anatomia i terapia współzależnienia, J. Santorski & Co. Warszawa 1993.

Mellody P., Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolić, J.Santorski & Co, Warszawa 1992.

Millon T., Disorders in Personality, 1981. Sagadyn L., Nerwica czy życie z alkoholikiem? w: Świat Problemów 2/1998.

Sobolewska Z., Technologia i praktyka pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi od alkoholu i ich rodzinami, IPZiT PTP, Warszawa 1995.

Sobolewska Z., W poszukiwaniu koncepcji współzależnienia, w: Świat Problemów 1-2/ 1996.

Sztander W., Poza kontrolą, PARPA, Warszawa 1993.

Sztander W., Niektóre mity w terapii współzależnienia, w: Problem 13/1997.

Woititz J., Małżeństwo na lodzie psychologiczne problemy żon alkoholików, IPZiT PTP, Warszawa 1989.