



Rajmund Morawski

Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie

Współzależnienie jako rodzaj funkcjonowania — rozumienie w różnych perspektywach socjopsychomedycznych

Abstract: The article presents selected theoretical perspectives *codependency syndrome*, operating on the basis of therapy -oriented extension of social and psychological competences. However, you can use them separately to explain the function of a person living with addicted to chemicals, but also can be used complementarily; it gives the possibility of objectification and greater insight into the “world” a person involved in relationships with person to be addicted.

Key words: codependence, addiction, adjustment disorders, dependent personality disorder, a syndrome of learned helplessness, pathological defense mechanisms

Wstęp

Pojęcie *współzależnienie* coraz częściej pojawia się w literaturze z zakresu socjologii zdrowia i choroby. Przede wszystkim w dziedzinie socjologii zaburzeń psychicznych. W rozumieniu potocznym współzależnioną jest osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie/dodatnio, i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby, jednocześnie się jej podporządkowując.

Pia Mellody, amerykańska socjolożka psychoterapeutka, w swej książce *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współzależnienia* definiuje współzależnienie jako „upośledzenie dojrzałości spowodowane urazem z okresu dzieciństwa. Łańcuch symptomów charakteryzujący współzależnienie nazywamy

symptomami rdzennymi lub pierwotnymi. Określają one stopień, w jakim osoby współuzależnione nie są w stanie nawiązać zdrowych stosunków z samym sobą; mają trudności z odczuwaniem własnej wartości, wytyczaniem funkcjonalnych granic, doświadczaniem i wyrażaniem swojej rzeczywistości, zaspokajaniem swoich dorosłych potrzeb i pragnień oraz doświadczaniem i wyrażaniem swojej rzeczywistości w sposób umiarkowany” (Melody, 2013, s. 3—5). Sterowanie z zewnątrz przez stresora stanowi zatem istotę współuzależnienia. Członkowie rodziny dysfunkcyjnej, w tym przypadku z problemem alkoholowym, żyją w reakcji do głównego stresora (osoby funkcjonującej destrukcyjnie), a ponieważ zagraża on istnieniu członków rodziny, muszą być cały czas czujni i gotowi do obrony, przystosowują się do stresu, próbując uzyskać nad nim kontrolę. Współuzależnienie jest „normalną” reakcją na „nienormalną” sytuację; jest strategią adaptacji w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej, zbiorem normalnych zachowań umożliwiających przetrwanie.

W klasycznym już dzisiaj dziele *Alkoholizm jako choroba* Bohdan T. Woronowicz traktuje współuzależnienie jako „pewną formę przystosowania się do nieprawidłowego układu relacji międzyludzkich, która umożliwia zachowanie dotychczasowego układu, a jednocześnie odbiera szansę na jego zmianę” (1993, s. 59). Cechą charakteryzującą osoby współuzależnione jest czasowe przekonanie o swej zdolności do wywierania znaczącego wpływu na drugiego człowieka, pomimo powtarzających się niepowodzeń i cierpień z tym związanych. Autor wymienia następujące zachowania wynikające ze współuzależnienia:

- poddanie się rytmovi picia alkoholika,
- przejmowanie za niego odpowiedzialności,
- obsesyjne kontrolowanie go,
- pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie do tego, aby ponosił pełne konsekwencje swojego picia i swoich zachowań),
- wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania alkoholika z jednoczesnym występowaniem poczucia winy i poczucia małej wartości oraz zaniedbywaniem samego siebie (1993, s. 59).

Po pewnym czasie rodzi się jednak poczucie beznadziei, braku wpływu...

Nadodpowiedzialność i nadkontrola to sposoby przystosowania się do destrukcji, którą alkoholik (osoba uzależniona) wprowadza w związek. Przykładowo: „Agnieszka reaguje na picie / partnera zachowaniami, których celem jest poprawa sytuacji; jednak to, co robi, jedynie utrwała i pogarsza tę sytuację. Nie widzi możliwości skutecznego rozwiązania. Jest uwikłana w picie partnera. Takie uwikłanie nazywamy współuzależnieniem” (Irvine, 1995, s. 145—163). Każde z tych określeń kieruje więc uwagę na inny aspekt współuzależnieniowego funkcjonowania: mechanizm, przyczyny, przejawy, konsekwencje społeczne i psychologiczne.

W socjologii zdrowia współuzależnienie może być rozumiane jako:

- 1) zaburzenie mechanizmów obronnych — charakteryzuje się tymi samymi mechanizmami, co uzależnienie; w tym rozumieniu występują dwa pojęcia: alkoholizm i koalkoholizm;

- 2) zaburzenie osobowości w konsekwencji nieprawidłowego rozwoju psychospołecznego — według ICD-10;
- 3) zaburzenia adaptacyjne — według ICD-10;
- 4) syndrom wyuczonej bezradności.

Współuzależnienie jako zaburzenie mechanizmów obronnych

W 1986 roku przedstawiona została koncepcja, traktująca współuzależnienie jako lustrzane odbicie alkoholizmu, jako chorobę nieuleczalną, która jest bezpośrednią i niemal automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera oraz przejawia się w zmaganiach członków rodziny z alkoholikiem w celu zapanowania nad jego piciem. Podejście to ukazane jest w książce Janet Woititz *Małżeństwo na lodzie*. „Koalkoholizm” (pojęcie tutaj tożsame ze współuzależnieniem) był traktowany jako choroba nieuleczalna, trwająca do końca życia. W tej perspektywie istotne było zajmowanie się budowaniem tożsamości koalkoholika, uznanie bezsilności względem osoby pijącej oraz zajęcie się sobą. Diagnozę opiera się tylko i wyłącznie na opisie reakcji na zachowania osoby pijącej.

Podejście to jest silnie ugruntowane w praktyce i ideologii Anonimowych Alkoholików oraz w związanej z nimi wspólnotie rodzin żyjących z alkoholikiem Al-Anon. Partner/partnerka alkoholika czy też mąż/żona postrzegani są jako osoby, które uporczywie starają się uzyskać kontrolę nad piciem współmałżonka, co staje się centralną sprawą w ich życiu i przypomina jego chorobę oraz staje się jej częścią. Współuzależnienie charakteryzuje się więc takimi samymi patologicznymi mechanizmami obronnymi, jak uzależnienie od alkoholu.

Próby kontrolowania alkoholika lub podporządkowania się mu wywołują wiele bolesnych przeżyć i są źródłem zaburzeń emocjonalnych, traktowanych jako objawy współuzależnienia.

Występują tu takie same patologiczne jak w uzależnieniu psychologiczne mechanizmy współuzależnienia:

- iluzja i zaprzeczanie,
- nałogowe regulowanie uczuć,
- rozproszona JA.

Mechanizmy rozwijają się w okresie dorastania w dysfunkcjonalnej rodzinie.

System iluzji i zaprzeczeń polega na zaprzeczaniu i negowaniu przez partnera/partnerkę swojej choroby, swego współuzależnienia od pijącej osoby. Mechanizm ten jest tak silny, że osoba współuzależniona zaprzecza konkretnym minionym faktom spowodowanym piciem. Zadania tego systemu to obrona przed treściami zagrażającymi piciu oraz budowanie i podtrzymywanie bezalkoholowej wizji życia. Podstawowymi i najczęściej występującymi przejawami **mechanizmu iluzji i zaprzeczania** są:

- proste zaprzeczanie — zaprzeczanie najbardziej oczywistym faktom,
- minimalizowanie — pomniejszanie wagi problemów z alkoholem, pomniejszanie konsekwencji picia, bagatelizowanie znaczenia niewłaściwych zachowań alkoholika (*wypiłem tylko jedno piwo, tylko przesunąłem żonę*),
- obwinianie — obarczanie odpowiedzialnością za picie partnera innych: żony, męża, dzieci, pracodawcy, kolegów, ustroju (*pije, bo nikt go/jej nie rozumie, ma stresującą pracę, komuna rozpijała ludzi, bezrobocie jest teraz takie, że tylko picie mu/jej pozostaje*),
- racjonalizowanie — znajdowanie pozornie racjonalnych uzasadnień picia,
- intelektualizowanie — mówienie o współzależnieniu jako o abstrakcyjnym problemie innych ludzi,
- odwracanie uwagi — zmiana tematu rozmowy w celu uniknięcia nieprzyjemnych kwestii związanych z życiem z alkoholikiem,
- fantazjowanie — nierealne wyobrażenia na temat picia (*mogę przestać pić, kiedy zechcę, jedno piwo mi nie zaszkodzi*),
- koloryzowanie wspomnień — wspomnianie przyjemnych faktów, pomijając przykre zdarzenia i konsekwencje picia alkoholu,
- marzeniowe planowanie — tworzenie naiwnych, nierealistycznych wizji swojej przyszłości w oderwaniu od realnych możliwości (*moje problemy się rozwiążą, gdy wyjadę do Kanady, przestanę pić, gdy się ożenię*).

Emocje wraz z intelektem umożliwiają nam pełny kontakt z otaczającym światem. W sytuacjach zagrożenia emocje pomagają natychmiast podejmować decyzje, np. strach przez rozpędzonym samochodem motywuje do natychmiastowego uskokowania z drogi, ból po dotknięciu gorącego żelazka skłania do natychmiastowego cofnięcia ręki. O ile intelekt pozwala na zrozumienie otaczającej rzeczywistości, to emocje pokazują nam, co jest dla nas ważne, czego chcemy i czego nie chcemy. Emocje lub ich brak w perspektywie utraty jakiejś relacji pokazują, na ile ta relacja jest dla nas ważna. Także negatywne uczucia są więc ważnym elementem kontaktu z rzeczywistością. Tymczasem dla koalkoholika podstawowym źródłem uczuć staje się alkoholik, jego picie i konsekwencje behawioralne, kognitywne i afektywne.

Mechanizm nalogowego regulowania uczuć polega na tym, że dana osoba nie umie sobie radzić ze swoimi uczuciami zarówno bez kontaktu z alkoholikiem, jak i w kontakcie z nim. Z jednej strony kontaktowanie się z alkoholikiem, życie z nim prowadzi do zniszczenia normalnego systemu uczuć. Obniża się odporność psychiczna na stany negatywne, co zwiększa zapotrzebowanie organizmu na bycie z alkoholikiem. Coraz częściej występują stany negatywne, stany cierpienia, które z czasem są nie do wytrzymania. Słabnie siła przekonań i wiary w możliwość wpływu na alkoholika. Tworzy się błędne koło, z którego nie ma wyjścia. Z drugiej strony narasta lęk przed rozstaniem z pijącym; staje się on silniejszy od strachu przed byciem z alkoholikiem. Bycie z alkoholikiem jest paradoksalnie „bezpieczne”, „przewidywalne”, gdyż wiadomo, co się zdarzy. Coraz silniejsze stają się przekonania: „kontrola jego/jej picia jest konieczna, przerwa w piciu to nadzieja, ale czy na pewno? Czy nie będzie gorzej?”. Większość stanów emocjo-

nalnych znajduje się między biegunami: cierpienie — ulga, lęk — uspokojenie, przygnębienie — pobudzenie.

Mechanizm rozproszonego JA polega na powstaniu u osoby współzależnionej dwóch odmiennych, biegunowych wersji własnej osoby. Pierwsza z nich pojawia się zazwyczaj pod nieobecność alkoholika. Wówczas koalkoholik z reguły doświadcza poczucia pewności i spokoju, ale jednocześnie dręczy go niepokój. Nie obawia się konsekwencji swojego przekonania, że „on/ona jest w porządku, tylko musi się leczyć”. Krytyczne uwagi związane z pijącym partnerem/partnerką odbiera jak zniewagę („obrazę majestatu” ze strony osób niedostrzegających jego poświęcenia). Bywa osobą roszczeniową, żądającą nienależnych jej przywilejów, świadczeń i korzyści. Nie widzi powodu do osobistego podjęcia leczenia. Sugestie odbiera jako swoje zagrożenie, staje się agresywny. Przeciwna wersja własnej osoby uaktywnia się zazwyczaj, gdy alkoholik przestaje pić. To tzw. miodowy miesiąc, alkoholik przysięga, że będzie już lepiej, że to było ostatni raz, że już „nigdy cię nie uderzę ani dzieci”. Uwikłana w patologiczną relację osoba znów zaczyna żyć nadzieją, fantazjować: „Może rzeczywiście będzie lepiej?” Ale też wtedy docierają do jej świadomości przykre konsekwencje picia partnera, jego/jej postępowania. Pojawia się poczucie winy i wstyd, związane z jego/jej wcześniejszym zachowaniem pod wpływem alkoholu; ocenia siebie skrajnie surowo, jako wyjątkowo złego człowieka. Może mieć myśli samobójcze i podejmować próby samobójcze, w przekonaniu, że ktoś taki nie ma prawa do życia. Wycofuje się i izoluje, wstydząc się pokazać ludziom na oczy.

W tym ujęciu współzależnienie jest zaburzeniem zdrowia charakteryzującym się specyficzną formą uzależnienia od osoby uzależnionej od alkoholu i jej problemów; objawy u osoby współzależnionej są podobne do symptomów charakteryzujących uzależnienie od alkoholu (mechanizmów opisanych wcześniej): kompulsywna koncentracja na zachowaniach związanych z piciem partnera/partnerki; próby uzyskiwania wpływu na zachowania uzależnionej osoby poprzez kontrolę; z czasem utrwalanie się stereotypu funkcjonowania w relacji; zmiana tolerancji na destrukcyjne zachowania partnera/partnerki, np. wyrażająca się umacnianiem patologicznych więzi po kolejnych destrukcyjnych incydentach. Głównymi symptomami współzależnienia są tutaj: niskie poczucie własnej wartości, trudności w wytyczaniu granic psychologicznych i społecznych, doświadczenie i wyrażanie własnej rzeczywistości w nie zrównoważony sposób oraz niezaspokajanie swoich dorosłych, dojrzałych potrzeb i pragnień (Melibruda, Sobolewska-Melibruda, 2013, s. 115—124).

Przypominam sobie słowa Anny Wilson Schaef, która określiła uzależnienie jako każdy proces, w stosunku do którego jesteśmy bezsilni. Przejmuje on panowanie nad nami i sprawia, że czynimy rzeczy i myślimy o rzeczach, które nie są zgodne z przyjętymi przez nas wartościami, i prowadzi do tego, że stajemy się coraz bardziej podlegli natręctwom i skłonni do podejmowania działań przymusowych (Wilson, Schaef, 1989, s. 3—6).

Współzależnienie jako zaburzenie osobowości w konsekwencji nieprawidłowego rozwoju psychospołecznego

Punktem wyjścia do zrozumienia tego ujęcia współzależnienia jest teoria rozwoju osobowości (rozwoju psychospołecznego człowieka).

Osoba o zdrowej osobowości charakteryzuje się satysfakcjonującym życiem i funkcjonowaniem społecznym (Teoria Uczenia Społecznego — Bandura, Rotter), prawidłowymi i poprawnymi doświadczeniami zdobytymi w dzieciństwie, poprawnymi popędami oraz prawidłowymi stosunkami z rodzicami i w konsekwencji spójnością stanów aparatu psychicznego, ich prawidłowego i funkcjonalnego działania (np. freudowski ID, ego, superego), hierarchicznym zaspokajaniem potrzeb z możliwością samorealizacji (Maslow, Adler), optymalnym funkcjonowaniem społecznym, rozumieniem przeżyć wewnętrznych, panowaniem nad swoimi uczuciami i przeżyciami, aby mogła się samorealizować.

W klasycznej psychoanalizie twierdzono, że alkoholicy i koalkoholicy (współuzależnieni) charakteryzują się zaburzeniami osobowości, które można odnieść do fazy oralnej. Uważano, że alkoholizm jest przejawem konfliktu między potrzebą wrogości i zależności, konflikt ten powoduje znaczny wzrost poziomu lęku i osoba uzależniona wybiera albo potrzebę zależności, albo potrzebę wrogości, czyli w zależności od tego, która potrzeba jest wypierana, alkoholicy szukają określonego typu partnerów (Cierpiąłkowska, 1997, s. 27). Co to jest zatem zaburzona osobowość?

Zaburzenie osobowości jest trwałym wzorcem doświadczeń wewnętrznych oraz zachowania znacząco odbiegającego od jednostkowych norm kulturowych. W takim ujęciu współzależnienie jako rodzaj zaburzenia osobowości charakteryzuje się tym, że osoba współzależniona jest zależna od osoby uzależnionej i przejawia lęk.

Przejawy współzależnienia — **osobowość zależna**:

- uzależnienie poczucia własnej wartości od możliwości wywierania wpływu na innych,
- przyjmowanie odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb innych ludzi,
- współwystępowanie zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i zachowania,
- trudności w samodzielnym podejmowaniu codziennych decyzji,
- skłonność do zrzucania z siebie odpowiedzialności za większość sfer życia,
- pokorne i bierne podporządkowywanie się działaniom otoczenia,
- lęk przed porzuceniem przez osoby bliskie,
- brak asertywności i uległość wobec wymagań i życzeń innych osób, zwłaszcza autorytatywnych,
- nieustanne oczekiwanie wsparcia psychicznego od innych,
- ciągłe poszukiwanie nowych związków, co ma stanowić zabezpieczenie w razie utraty opieki ze strony bliskich osób.

Przejawy współzależnienia — **osobowość lękowa**:

- nieustanna samokontrola własnego zachowania,
- poczucie niepokoju, napięcia, lęku, niepewności, nieśmiałości oraz niskiej wartości,
- dążenie do zapewnienia sobie akceptacji i uznania oraz jednocześnie trudności w tolerowaniu krytyki oraz odrzucenia,
- wstrzymywanie się od związków intymnych z obawy przed zawstydzeniem lub odrzuceniem,
- poczucie własnej niekompetencji i niższości względem innych (ICD-10).

Odnosząc się do koncepcji Karen Horney i jej dzieła *Neurotyczna osobowość naszych czasów* współzależnienie możemy uznać jako neurotyczne zaburzenie osobowości. Osoba żyjąca w związku z alkoholikiem dąży do władzy i dominacji w momencie występowania lęku podstawowego oraz braku poczucia bezpieczeństwa. Lęk ten związany jest z:

- konfrontacją ze światem,
- obawą przez zaburzeniem stosunków interpersonalnych z osobami dla danej osoby ważnymi, znaczącymi,
- negatywną oceną otoczenia,
- własnymi wrogimi impulsami.

Dążenie do dominacji przejawiane przez osoby współzależnione chroni je przed poczuciem bezradności, kształtuje sztywne i nieracjonalne poczucie siły, które utrzymuje przekonanie, że należy sobie radzić we wszystkich sytuacjach.

Możemy także zaobserwować u tych osób dwa sposoby funkcjonowania: z jednej strony bierno-zależne, związane z nieuświadomioną potrzebą dominacji i uległymi zachowaniami, z drugiej — funkcjonowanie o charakterze kontrolującym-dominującym, polegające na wyparciu potrzeb bierności i wsparcia, dążenia do kontrolowania siebie i osoby uzależnionej, a antycypacja utraty władzy, kontroli powoduje u tych osób nasilenie się poziomowi lęku.

Charakterystycznymi cechami osób współzależnionych są więc duże trudności w podejmowaniu decyzji, dążenie, aby inni zaspokajali ich potrzeby, próby podporządkowania własnych pragnień potrzebom innych, aby nie stracić relacji, która stanowi dla nich oparcie, w sytuacji zagrożenia stałości związku odczuwanie paniki i lęku (zob. Linehan, 2007).

U osób tych występują też nierzadko symptomy charakterystyczne dla zaburzeń osobowości o charakterze narcystycznym i borderline, jak również pasywno-agresywne i paranoidalne (zob. Cierpiąłkowska, 2008).

Należy w tym miejscu podkreślić, że współzależnienie nie jest swoistym zaburzeniem osobowości, jest modelem czy też opisową kategorią wzorca funkcjonowania osoby żyjącej z alkoholikiem lub rodziny z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Współzależnienie jako zaburzenia adaptacyjne

Współcześnie współzależnienie analizowane jest również w kategoriach zaburzeń adaptacyjnych do trudnej sytuacji przez utrwalenie wzorca funkcjonowania, który rozwija się w okresie utrzymywania relacji z osobą uzależnioną. Jest to szczególnie interesujące z punktu widzenia socjologicznego na poziomie mikrostruktury, jaką jest rodzina. Dotyczy to wymiaru ideacyjno-poznawczego i afektywnego i jest bardzo ważne w praktyce socjologii zaburzeń psychicznych oraz socjologii klinicznej — rozumienia współzależnienia jako zjawiska związanego z procesem adaptacji do chronicznego przebywania w sytuacji stresowej.

Warunkiem wystąpienia współzależnienia jest związek dwojga dorosłych ludzi, w którym występuje wiele powiązań natury formalnej, materialnej, społecznej i emocjonalnej. Związek taki charakteryzujący się tym, że jedna osoba z racji swego uzależnienia od alkoholu wprowadza w układ destrukcję, a druga osoba do tej destrukcji się przystosowuje. Jest to relacja silna, aczkolwiek nierówna, ponieważ jedna osoba wprowadza wiele szkodliwych dla drugiej zachowań, a druga przede wszystkim stara się sobie z tym poradzić, czyli jej funkcjonowanie w związku opiera się głównie na reagowaniu na partnera.

Współzależnienie można więc określić jako:

- utrwaloną formę uczestnictwa w długotrwałej i trudnej lub niszczącej sytuacji życiowej,
- relację ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania,
- relację prowadzącą do pogorszenia własnego stanu,
- relację utrudniającą poprawę własnego położenia.

Takie ujęcie prezentują Lynda Spann oraz Judith L. Fischer. Jest to patologiczna adaptacja, która służy utrzymaniu równowagi w systemie rodziny podczas permanentnej sytuacji stresowej kosztem jej członków. Codzienne życie w relacji z osobą uzależnioną może być sytuacją na tyle naruszającą zdolności przystosowawcze, że utrudnia bądź uniemożliwia samorealizację, pełnienie ról poszczególnych członków rodziny. Przejawia się w różny sposób w wielu obszarach, m.in. fizjologicznym, emocjonalnym, społecznym (Bętkowska-Karpała, Ryniak, 2008, s. 11—15).

W ujęciu Petera Steinglassa, który wraz ze współpracownikami opracował w latach 80. XX wieku jeden z najbardziej znanych modeli historii życia rodzin z problemem alkoholowym w ujęciu systemowo-interakcjonistycznym, na współzależnienie jako na zaburzenia adaptacji można patrzeć w trojaki sposób:

- Po pierwsze, poziom zaburzeń u partnerów osób uzależnionych zależy od nasilenia picia. Można to odnieść do stylów picia obecnych w socjologii zdrowia i problemów społecznych, np. typologia Antoniego Kępińskiego. Style te są do dzisiaj widoczne w kulturze polskiej i są przedmiotem analiz socjologicznych (zob. Kępiński, 2012, hasło: *alkoholizm*).
- Po drugie, współzależnienie jest wynikiem specyficznego procesu socjalizacji, w tym wychowania, ujawniającym się w rodzinie prokreacyjnej brakiem

równowagi pomiędzy nieodpowiedzialnością a nadodpowiedzialnością. Osobę taką cechują specyficzne treści jaźni subiektywnej i odzwierciedlonej związane z wyobrażeniem na temat siebie i innych: nadodpowiedzialność z jednej strony (dawanie, reagowanie na potrzeby innych), a z drugiej — niedbanie o własne potrzeby.

- Po trzecie, współzależnienie jest traktowane jako destrukcyjna forma przystosowania się do trudnej i destrukcyjnej sytuacji życiowej, społecznej, związanej z patologicznym zachowaniem partnera. Picie staje się ważnym elementem wpływającym na relacje, role, zasady występujące w systemie alkoholowym. Tak więc cykle rodzinne zostają zakłócone, interakcje między członkami mają charakter przystosowawczy, a nie rozwojowy, rozwój rodziny ulega zahamowaniu (zob. Steinglas i in., 1987; Steinglass, 1992, s. 155—171).

Utrwalanie się form uczestnictwa w długotrwałej, trudnej lub/i niszczącej sytuacji życiowej z patologicznymi zachowaniami partnera ogranicza w sposób istotny swobodę wyboru postępowania drugiej osoby, co prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia (somatyzacja, nerwice, objawy depresyjne) oraz utrudnia zmianę własnego położenia na lepsze. Trafna może tu być metafora muchy w pajęczynie (im gwałtowniejsze i częstsze ruchy, tym bardziej się wplątuje). Osoba będąca w związku z uzależnionym przeżywa permanentny i chroniczny stres, brak dobrych relacji staje się samoistnym źródłem stresu.

Podsumowując rozważania, spójrzmy na **syndrom osoby współzależnionej**.

Osoba współzależniona to osoba, która charakteryzuje się **co najmniej trzema objawami zaburzeń**, które zostały przez Timmena Cermaka sklasyfikowane w następujący sposób:

- zaburzenia regulacji procesów emocjonalnych związanych z nadmiernym tłumieniem wszystkich negatywnych emocji;
- stany depresyjne jako konsekwencja niewyrażanej i kumulowanej złości wobec partnera;
- nadmierna czujność i stan „pogotowia” emocjonalnego, stan ten jest konsekwencją długotrwałego przebywania w warunkach stresu, ograniczonych możliwości przewidywania zdarzeń oraz nastawienia na kontrolę i kierowanie zachowań innych osób;
- tendencje kompulsywne jako obrona przed doświadczeniem zagrażających uczuć i emocji;
- niepokój i stany lękowe jako konsekwencje stosowania licznych mechanizmów obronnych;
- nadużywanie leków uspokajających, substancji chemicznych, które regulują stany emocjonalne;
- zaburzenia psychosomatyczne, somatyzacja doświadczanych stanów emocjonalnych;
- bycie obecnie lub w przeszłości ofiarą przemocy fizycznej lub nadużyć seksualnych; osoby współzależnione są często ofiarami przemocy fizycznej lub nadużyć seksualnych, ale zwykle minimalizują jej rozmiary bądź zaprzeczają wystąpieniu takich zaburzeń, ponieważ zagraża to ich poczuciu własnej wartości;

- utrzymywanie intymnych relacji z osobą uzależnioną przez okres co najmniej dwóch lat bez szukania pomocy z zewnątrz (Cierpiałowska, 1997, s. 19—23).

Zaburzenie osobowości jest więc trwałym wzorcem doświadczeń wewnętrznych i zachowań znacząco odbiegających od jednostkowych norm kulturowych.

Współuzależnienie jako syndrom wyuczonej bezradności

Kolejna z prezentowanych teorii — **teoria wyuczonej bezradności** — pomaga zrozumieć, dlaczego ludzie zachowują się w pewien sposób w określonych sytuacjach (w tym przypadku trwają przy osobie uzależnionej, usiłują ją na siłę zmienić, kosztem siebie i bliskich), na które nie mają wpływu (brak poczucia kontroli), i dlaczego w określony sposób te sytuacje postrzegają i interpretują.

Teoria ta została opracowana przez Martina Seligmana (1975, 1996). Doczekała się licznych modyfikacji i rozwinieć. W połowie lat 60. XX wieku Seligman przypadkowo odkrył ten mechanizm podczas eksperymentów, które wspólnie ze Stevenem Maierem prowadził na psach. Seligman i Maier umieszczali psy w klatce tak, by nie mogły one uniknąć porażenia prądem elektrycznym. Po pewnym czasie i kilkunastu nieskutecznych próbach uniknięcia bólu psy kładły się na podłodze i biernie znosiły cierpienie. W warunkach pierwotnych (całkowity brak kontroli) wszystkie zwierzęta umierały z powodu apatii, odmawiania przyjęcia pokarmu. W innej grupie badawczej wykazano, że zwierzęta nie podejmują prób odzyskania kontroli nawet wtedy, gdy zostają przeniesione do klatki, z której mogłyby łatwo uciec, przeskakując barierkę. Nawet jeśli smutnego, depresyjnego psa siłą przeciągnięto przez przeszkodę w celu pokazania, że druga część jest bezpieczna, psy nie powtarzały tego zachowania samodzielnie. Seligman uświadomił sobie, że to samo zachodzi u ludzi. Analizując przyczyny sukcesów i porażek osób biorących udział w eksperymentach zauważył u badanych pewne tendencje do wyjaśniania zaistniałych zdarzeń. Tendencje te (nazywane w socjologii zaburzeń i psychologii społecznej „atrybucjami”) odgrywają istotną rolę w procesie współuzależnienia osób będących w związku z uzależnionymi, dlatego warte są przytoczenia w tym miejscu. Różnią się one w zależności od tego, czy dana osoba była odporna na trening bezradności, czy się temu treningowi poddawała. Badacz wyróżnił na tej podstawie dwa style poznawcze: optymistyczny i pesymistyczny.

Punktem wyjścia jest więc konstatacja, że osoba współuzależniona po pierwotnej utracie kontroli nie stara się jej odzyskać. Funkcjonowanie człowieka w sytuacji utraty kontroli i wynikających z tego konsekwencji nazywane jest **teorią wyuczonej bezradności** lub **syndromem wyuczonej bezradności**.

Utrata owej kontroli (lub przekonania o jej posiadaniu) wywołuje niepewność i lęk, prowadzi do chaotycznych, nieprzemyślanych zachowań i znacznego skrócenia perspektywy czasowej zachowania. Również sposób, w jaki osoba wyjaśnia

przyczyny negatywnych zdarzeń, ma wpływ na to, jak dane zdarzenie zostanie zinterpretowane. Interpretacja z kolei wpływa na to, czy będzie ono stresujące. Powtarzające się doświadczenie braku kontroli prowadzi do przekonania, że podejmowane działania są nieefektywne, a doświadczenie to jest zwykle generalizowane w czasie. Człowiek oczekuje, że jego działania także w przyszłości będą nieefektywne.

Z kolei generalizacja przekonań co do nieefektywnych działań w przyszłości prowadzi do całkowitego zaniku motywacji do podejmowania nowych prób wpływnięcia na zdarzenia. Oznacza to, że osoba rezygnuje z celów odległych w czasie, jest skoncentrowana na czasie teraźniejszym i traci tym samym szansę kształtowania własnej przyszłości.

Przekonanie człowieka o braku związku między własnymi działaniami a następującymi po nich zdarzeniami prowadzi do ważnych konsekwencji psychologicznych. Konsekwencje te zostały nazwane deficytami bezradności. Dzielą się one na trzy grupy:

1. Deficyty motywacyjne — polegające na osłabieniu motywacji do działania, zmniejszeniu lub całkowitym zaniku spontanicznych prób wpływu na sytuację. Człowiek doświadczający bezradności staje się bierny, nie podejmuje prób zmiany swojej sytuacji.
2. Deficyty w zakresie sfery poznawczej — polegające na blokadzie procesu postrzegania (trudności w kojarzeniu zachowań ze wzmocnieniami, np. sukcesy osiągnięte dzięki własnym działaniom są postrzegane jako dzieło przypadku, niezauważanie pojawiających się nowych możliwości wpływu na zdarzenia). Zdolność uczenia się nowych zachowań i reakcji, które mogłyby zapewnić kontrolę nad zdarzeniami, ulega obniżeniu.
3. Deficyty w sferze emocjonalnej — polegające na ambiwalencji emocjonalnej, obniżeniu nastroju, uczuciach związanych są ze stanem depresji. Człowiek staje się apatyczny, nic go nie cieszy, często cierpi na przewlekłe stany lękowe i ogólny syndrom zmęczenia (Kofta, Doliński, w: Strelau, red., 2000, T. 2, s. 594—598).

Zdaniem Seligmmana, źródłem opisanych zaburzeń zachowania jest przekonanie podmiotu działającego, że jego działania nie mają związku z konsekwencjami. W następstwie powstaje zgeneralizowane przekonanie o braku skuteczności podejmowanych działań i braku kontroli nad czynnikami, nad którymi, obiektywnie rzecz ujmując, jednostka ma kontrolę. Ale przekonania są bardzo silne, stanowią świat „obiektywny”.

W przypadku takiego złożonego psychospołecznego problemu — choroby, jaką jest alkoholizm, bardzo interesująca jest opracowana na podstawie jego teorii **konceptja informacyjna modelu wyuczonej bezradności**. Autorami tej koncepcji są Mirosław Kofta i Grzegorz Sędek.

Ich propozycja wyjaśnienia syndromu bezradności jest następująca: stan wyuczonej bezradności człowieka powstaje w sytuacjach problemowych. Określony jest wówczas cel, ale nie są znane sposoby jego osiągnięcia. Podejmowana jest wtedy przez człowieka aktywność poznawcza w celu opracowania konstruktywne-

go planu działania. Tworzy on hipotezy, weryfikuje je, zbiera, a następnie integruje informacje dotyczące zadania. Wszystko to ma służyć skutecznemu rozwiązaniu problemu. Kiedy sytuacja jest kontrolowana (postawione zadanie można rozwiązać, cel można osiągnąć), jedna z hipotez zostaje potwierdzona, a pozostałe zostają odrzucone jako nieadekwatne do zadania.

Natomiast gdy sytuacja nie podlega kontroli podmiotu (postawione zadanie jest nierozwiązywalne), podejmowany wysiłek poznawczy nie przynosi efektów w postaci rozwiązania postawionego zadania. I to jest właśnie — zgodnie z przyjętym modelem informacyjnym — istotą przebiegającego treningu wyuczonej bezradności.

W konsekwencji następuje tzw. **wyczerpanie poznawcze**. Polega ono na osłabieniu motywacji poznawczej do tworzenia nowych pomysłów służących rozwiązaniu problemu, unikaniu wysiłku umysłowego oraz postępującej dezorganizacji przy wykonywaniu bardziej złożonych zadań poznawczych. Dotyczy to w szczególności problemów czy zadań nowych, w stosunku do których jednostka nie ma jeszcze opracowanych nowych algorytmów postępowania. Dotyczy to również zadań (problemów), które wymagają zaangażowania bardziej złożonych operacji umysłowych. Podkreślenia wymaga tutaj fakt zanikania również motywacji wewnętrznej (zainteresowania wykonywaną aktywnością, zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, np. samorealizacji) oraz znacznego obniżenia nastroju. Sytuacja jest postrzegana jako dana raz na zawsze, w której nic nie da się zmienić (Kofta, Sędek, 1998, s. 391—410).

Trening wyuczonej bezradności w przypadku osoby współzależnionej przebiega w dwóch etapach:

Etap I — osoba zmienia swój sposób życia. Coraz więcej czasu poświęca na nieskuteczne kontrolowanie osoby uzależnionej. Obiektywnie rzecz ujmując osoba ta nie jest zdolna do kontroli zażywania alkoholu. Pojawiają się takie uczucia, jak: poczucie winy, wstyd, lęk, zagrożenie, „ból egzystencjalny”, złość (przede wszystkim na siebie za nieradzenie sobie z sytuacją). Wszystkie te uczucia powodują chęć korekty swojego nieracjonalnego zachowania. Pobudzają do autoanalizy. Również impulsem do tego typu działań mogą być czynniki zewnętrzne (np. groźba utraty najbliższych — rozwód, odejście partnera, utrata pracy). Osoba współzależniona usiłuje rozpoznać i zrozumieć przyczynę kolejnego nadużycia alkoholu; hipoteza o utracie kontroli nad spożyciem alkoholu jest skutecznie wykluczana dzięki działaniu mechanizmów obronnych — mechanizmów iluzji i zaprzeczania. Próby różnego rozwiązania problemów (przy utrzymującym się nadużywaniu alkoholu) nie przynoszą zamierzonych rezultatów. W okresie tym osoba współzależniona chce udowodnić sobie i innym, że ma pełną kontrolę nad uzależnionym.

Próby kontrolowania uzależnionego kończą się niepowodzeniem, osoba ta nawet przez wiele lat jest skazana na bezskuteczną walkę o odzyskanie kontroli nad piciem partnera, czyli przechodzi intensywny trening bezradności. Żadne z podejmowanych przez jednostkę działań nie przynoszą ulgi, nie zmniejszają niepewności. Na skutki tego treningu, na jego przebieg, trwałość oraz natężenie mogą

wpływać również inne, dodatkowe okoliczności, np. wcześniejsze doświadczenia w rodzinie alkoholowej, w grupach rówieśniczych spożywających często alkohol. Również ważną rolę odgrywają tutaj indywidualne predyspozycje osoby (pewne cechy osobowości, czynniki genetyczne). Na tym etapie rozwoju syndromu można zaobserwować ciekawy paradoksalny efekt, jakim jest mechanizm sprzężenia zwrotnego: w im gorszej sytuacji jest osoba współzależniona, tym bardziej pogrąża się ona w mechanizmach obronnych, bardziej zaprzecza faktom i udowadnia, że nie utraciła kontroli nad życiem, tym bardziej skupia uwagę na uzależnionym, chce pomóc jemu, a nie sobie, wierząc, że trzeba najpierw zmienić funkcjonowanie osoby uzależnionej.

Na tym etapie niektóre osoby dzięki własnym wysiłkom i pomocy z zewnątrz mogą przejść (i przechodzą) w fazę uświadomienia sobie swojej choroby i przyznają się do utraty kontroli, do tego, że są współzależnione. Jednak klasyczny scenariusz zakłada dalsze zaburzenia społeczne i psychiczne. I tak rzeczywiście się dzieje. W konsekwencji osoba wchodzi w drugi etap treningu bezradności.

Etap II — osoba współzależniona nie może sobie poradzić samodzielnie z coraz większymi problemami w swoim otoczeniu. Zaczyna dostrzegać, że zarówno negatywne, jak i pozytywne sytuacje i rzeczy, które ją spotykają, nie mają żadnego logicznego związku z podejmowanymi działaniami. Również spontaniczne próby „ratowania” uzależnionego, które łagodziły negatywny obraz samego siebie, już nie przynoszą uspokojenia ani ulgi. Wywołuje to poczucie totalnego lęku, jak również absolutną bezradność. Dominuje pesymizm w sferze poznawczej (przekonanie, że nie ma się i nie będzie miało wpływu na własną sytuację). Następuje osłabienie przebiegu wszystkich funkcji poznawczych. W sferze emocjonalnej dominują uczucia negatywne. Z kolei sferę behawioralną charakteryzuje spowolnienie, apatia, osłabienie napędu psychoruchowego. Dominuje poczucie porażki życiowej. Osłabienie motywacji powoduje obniżenie lub całkowity zanik gotowości do działania, pesymizm, poczucie beznadziejności. Charakterystyczną cechą jest również huśtawka emocjonalna, wybuchowość, niecierpliwość, niski lub całkowity brak odporności na stres, brak umiejętności odraczania gratyfikacji. W końcowej fazie następują zaburzenia w kontaktach społecznych, coraz częstsze epizody bezradności, depresji, wybuchów agresji i rozpacz, włącznie z próbami samobójczymi.

Spojrzenie na proces współzależnienia z perspektywy koncepcji teoretycznej wyuczonej bezradności pozwala lepiej wyjaśnić i zrozumieć źródła i mechanizmy stawania się bezradnym w obliczu świata i problemów, z jakimi przychodzi się borykać takiej osobie. Pozwala również lepiej zrozumieć tę osobę, jej pesymistyczną postawę i wycofanie z wszelkich form aktywności, a czasem i z udziału w życiu społecznym. W tym momencie nasuwa się również częściowa analogia tego podejścia do koncepcji anomii Roberta Mertona, a konkretnie do jednego z wymienionych przezeń typów adaptacji jednostki w sytuacji anomii. Jest to typ adaptacji określany mianem „wycofania”, czyli odrzucenia przez jednostkę celów i zinstytucjonalizowanych środków służących osiągnięciu tychże celów. Obserwuje się wówczas nasilone skłonności i zachowania samobójcze (Mer-

ton, 1982, s. 216—217). Na uwagę zasługuje również walor predyktywny teorii wyuczonej bezradności, a w szczególności jej zastosowanie w oddziaływaniach terapeutycznych. Pozwala ona lepiej określić stan sfery poznawczej osoby w chwili podejmowania przez nią terapii, w pierwszych miesiącach leczenia. Pozwala też określić jej obszary bezradności, lepiej zrozumieć powszechny u tych osób opór przed zmianą i co za tym idzie — lepiej dostosować indywidualny program oddziaływań terapeutycznych. Na koniec warto podkreślić jeszcze jeden element waloru predyktywnego tego podejścia: pomiar statyki i dynamiki zachodzących zmian w sferze poznawczej — przeprowadzany w odstępach czasowych może być punktem wyjścia do przewidywania funkcjonowania psychospołecznego osoby poddanej oddziaływaniom po zakończeniu każdego etapu leczenia.

Podsumowując, współzależnienie można określić jako utrwaloną formę funkcjonowania w długotrwałej, trudnej i niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami osoby uzależnionej, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą zmianę własnego położenia na lepsze. Tak rozumiane współzależnienie — jak twierdzą wymienieni autorzy — może dotyczyć jedynie osoby dorosłej, która dobrowolnie weszła w związek i zaczęła go współtworzyć, a potem — przynajmniej obiektywnie — może się z niego uwolnić. Dzieci nie mają takiej możliwości.

Drugą kategorię współzależnionych stanowią wychowujące się w rodzinie alkoholowej dzieci. Są one w zasadzie „skazane” na życie w dysfunkcjonalnej rodzinie. Zanim osiągną pełną dojrzałość, potrzebują troski i opieki ze strony dorosłych. Alkoholizm któregoś z rodziców odbija się najbardziej niekorzystnie właśnie na dzieciach. Będąc bezbronnymi i bezsilnymi są często świadkami różnych przykrych dla nich sytuacji. Jako dzieci nie rozumieją do końca tego, co się dzieje. Niekiedy cierpią w milczeniu, przeżywając silne lęki i zagubienie. Powtarzające się zdarzenia, które dziecko postrzega jako zagrażające mu, mogą pozostawić w nim trwałe urazy. Aby przetrwać w dysfunkcjonalnym systemie rodzinnym, dziecko uruchamia mechanizmy obronne, które chronią je przed przytłaczającym lękiem, bólem, rozpaczą, żalem i innymi przykrymi uczuciami. Odcinając się od swoich przeżyć, dziecko takie w przyszłości będzie miało również trudności w wyrażaniu swoich uczuć. Konsekwencją wypierania przykrych uczuć jest niemożność wyrażania jakichkolwiek, w tym również uczuć przyjemnych. W rodzinie alkoholowej dość powszechnie obowiązują pewne reguły. Wspominałem o nich w opisie charakterystycznych cech dysfunkcjonalnego systemu rodzinnego. Narzucone dzieciom reguły: nie mów, nie ufaj, nie odczuwaj, stanowią źródło rozlicznych problemów w dorosłym życiu. Mogą to być trudności w nawiązywaniu bliskich, opartych na zaufaniu relacji z innymi ludźmi oraz otwartym i bezpośrednim komunikowaniu swoich myśli, pragnień i uczuć. Dzieci wychowywane w atmosferze braku zaufania w przyszłości częściej będą doświadczały poczucia zagrożenia, niepewności, samotności oraz niskiego poczucia własnej wartości. Konsekwencją tego jest pełnienie przez nie specyficznych ról społecznych: Bohatera, Maskotki, Kozła Ofiarnego, Dziecka Niewidzialnego. Konsekwencją socjalizacji w takiej rodzinie — deficytu

więzi społecznej, braku możliwości ukształtowania się prawidłowej tożsamości — jest zaburzona osobowość dziecka. Dzieci z rodzin alkoholowych, chcąc przetrwać, dostosowują się do istniejących reguł i warunków. Zaprzeczając, ukrywając lub wypierając swoje uczucia, tracą indywidualność i spontaniczność, stają się „kimś innym” (zob. Wegscheider-Cruse, 2000; Grzegorzewska, 2011).

Zamiast zakończenia...

Pozostają pytania: Dlaczego osoba współuzależniona nie potrafi się uwolnić od takiego układu? Dlaczego powtarza te same zachowania, chociaż widzi, że nie przynoszą one pozytywnych rezultatów? Dlaczego nie stać jej na dystans wobec własnej sytuacji małżeńskiej? Dlaczego trwa w układzie nawet wtedy, gdy zagraża to jej zdrowiu lub życiu?

Wydaje się, że współuzależnienie widziane oczyma osoby współuzależnionej to uporczywe, często rozpaczliwe realizowanie jedynej możliwej do zaakceptowania wizji życia, tzn. „życia we dwoje”. To „we dwoje” wyznacza sens i wartość egzystencji kobiety (kobiety, bo o wiele częściej właśnie przedstawicielki tej płci znają taką koncepcję na życie). Emocje odgrywają tu drugoplanową rolę. Osoba współuzależniona usiłuje zrealizować system wartości, często wpisany w strukturę JA już w dzieciństwie. Jest to związane z poczuciem tożsamości osoby współuzależnionej jako kobiety, gdzie głębokie przekonanie „wartościowa kobieta to taka, która ma męża (partnera)” przechodzi w „ja jestem kobietą, która powinna umieć utrzymać przy sobie męża”. Za wszelką cenę. Dużą rolę odgrywa tu potrzeba przynależności do osoby partnera oraz jej przeciwny biegun posiadania partnera. Realizacja tych potrzeb stanowi podstawowe źródło satysfakcji, zadowolenia i uśmierzenia lęku osób współuzależnionych. Rezygnacja z tych potrzeb wywołuje silny lęk i poczucie bezsensu życia. Funkcjonowanie wzmocnione całym systemem przekonań własnych i środowiskowych na temat powinności, wartości i celów, z jednoczesnymi deficytami poznawczymi, emocjonalnymi i społecznymi, nastawione jest na realizację tego „programu życiowego”. W związku z tym osoba współuzależniona nie potrafi ani tego programu zmodyfikować, ani tym bardziej się go wyrzec. (Być może ten aspekt współuzależnienia tłumaczy w dużym stopniu, dlaczego tak niewielu mężów alkoholiczek zgłasza się na terapię dla osób współuzależnionych).

Pułapka polega na tym, że program ten ma być zrealizowany z alkoholiem, który ma zupełnie inną, egocentryczną, „pijaną” wizję życia. Dochodzi do starcia tych dwóch „światów”. W rezultacie powstaje układ, który powoduje u osoby współuzależnionej w wyniku frustracji większości potrzeb poczucie bezsilności i braku własnej wartości, stany depresyjne, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne, uszkodzenie granic JA i konsekwentne usztywnianie zachowań, schematów myślenia i postępującą destrukcję w systemach społecznych.

„Podstawowym wnioskiem wypływającym z tych rozważań (antropologicznych, socjologicznych, psychologicznych) jest to, iż uczucia i postawy w zdumiewająco wysokim stopniu ukształtowane są przez warunki, w jakich żyjemy, i to zarówno kulturowe, jak i jednostkowe, które są nierozłącznie ze sobą splecione. Oznacza to z kolei, że znajomość warunków kulturowych, w jakich żyjemy, daje nam dużą szansę uzyskania o wiele głębszego zrozumienia specyficznych właściwości uczuć i postaw uważanych za normalne” (Horney, 1993, s. 15).

Bibliografia

- Bętkowska-Karpała B., Ryniak J., 2008: *Współzależnienie jako zaburzenie adaptacji*. „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia”, nr 6, s. 11—15.
- Bokszański Z., red., 1998: *Encyklopedia socjologii*. T. 1. Warszawa: PWN.
- Cierpiałkowska L., 1997: *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
- Cierpiałkowska L., 2008: *Zaburzenie osobowości Borderline*. W: L. Cierpiałkowska, red.: *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
- Grzegorzewska I., 2011: *Dorastanie w rodzinach z problemem alkoholowym*. Warszawa: PARPA.
- Horney K., 1993: *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Przeł. H. Grzegółowska. Poznań: Rebis.
- Irvine L.J., 1995: *Codependency and Recovery: Gender, Self, and Emotions in Popular Self-Help*. „Symbolic Interaction”, Vol. 18, No. 2, s. 145—163.
- Kępiński A., 2012: *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kofta M., Sędek G., 1998: *Uncontrollability as a Source of Cognitive Exhaustion: Implications for Helplessness and Depression*. In: M. Kofta, G. Weary, G. Sędek, eds.: *Personal Control in Action: Cognitive and Motivational Mechanisms*. New York, s. 391—416.
- Linehan M.W., 2007: *Zaburzenia osobowości z pogranicza*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Melibruda J., Sobolewska-Melibruda Z., 2011: *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: IPZ PTP.
- Mellody P., 2013: *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współzależnienia*. Przeł. A. Polkowski. Warszawa: Czarna Owca.
- Merton R.K., 1982: *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Przeł. E. Morawska, J. Wertenstein-Żuławski. Warszawa: PWN.
- Seligman M.E.P., 1975: *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W.H. San Francisco: Freeman.
- Seligman M.E.P., 1996: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Steinglass P., 1992: *Family System Approaches to the Alcoholic Family: Research Findings and Their Clinical Applications*. In: S. Saitoh, P. Steinglass, M.A. Schuckit, eds.: *Alcoholism and the Family*. New York: Brunnel&Mazel, s. 155—168.

- Steinglass P., Benett L.A., Wolin S.J., Reiss D., 1987: *The Alcoholic Family*. New York: Basic Books.
- Strelau J., red., 2000: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Psychologia ogólna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wegscheider-Cruse S., 2000: *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Przeł. M. Ślósarska. Warszawa: IPZ PTP.
- Wilson A., Schaef W., 1989: *Escape from Intimacy. Untangling the 'Love' Addictions; Sex, Romance, Relationships*. New York: HarperColinsPublishers, s. 3—6.
- Woronowicz B.T., 1993: *Alkoholizm jako choroba*. Warszawa: PARPA.