

Jerzy Mellibruda, Zofia Sobolewska

KONCEPCJA I TERAPIA WSPÓLUZALEŻNIENIA

WSTĘP

Długotrwałe współżycie w rodzinie z osobą uzależnioną jest źródłem cierpień i zaburzeń emocjonalnych oraz wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia somatycznego. U żon alkoholików często stwierdza się wysokie wskaźniki zaburzeń nerwicowych i psychosomatycznych. Osoby te potrzebują pomocy psychologicznej (27, 47, 69, 94).

Życie wszystkich członków rodziny alkoholowej jest związane ze stanem chronicznego napięcia i przeciążenia emocjonalnego. Dotyczy to nie tylko sytuacji, gdy w domu obecna jest osoba uzależniona i gdy znajduje się w stanie nietrzeźwości. Często stanem równie trudnym do wytrzymania jest stres oczekiwania na to, co może się wydarzyć w najbliższej przyszłości w domu oraz bolesne wspomnianie tego, co się wydarzyło. Dominujące stany emocjonalne przeżywane przez członków rodziny obejmują strach, lęk, gniew, smutek, napięcie, wstyd, upokorzenie itp. (14, 15, 45, 46, 63, 97, 106).

Przeżywanie lęku i strachu dotyczy nie tylko konkretnych i powtarzających się zagrożeń ale związane jest także z rozpadem systemu więzi i wsparcia. Nastawienie lękowe i ogólny kryzys zaufania dotyczy nie tylko kontaktów z uzależnionym członkiem rodziny, ale przenoszone jest na całość kontaktów ze światem zewnętrznym. Klimat emocjonalny w tych rodzinach nasycony jest także gniewem, który czasem jest bezpośrednio wyrażany ale bardzo często jest tłumiony i skierowany do wewnątrz osoby przekształcając się w tendencje autodestrukcyjne. Często doświadczanymi stanami jest smutek, przygnębienie i rozpacz wynikające z bezradności wobec procesu rozpadu życia rodzinnego. Globalnym terminem stosowanym coraz częściej dla określenia podstawowego problemu członków rodzin jest „współuzależnienie” (25, 74, 76, 120, 122).

Aktualny stan pomocy rodzinom osób uzależnionych

W lecznictwie odwykowym do końca lat osiemdziesiątych niemal jedyną formą pomocy dla członków rodziny alkoholika było udzielanie porad na temat tego, co

robić, żeby mąż przestał pić. Na początku lat dziewięćdziesiątych niektóre placówki zaczęły wprowadzać bardziej rozbudowane programy pomocy psychologicznej dla żon alkoholików. Równocześnie zaczął się rozwijać ruch samopomocowy Al.-Anon, w wielu przypadkach tworząc podstawową formę pomocy na terenie poradni odwykowych,

Z raportu o stanie leczenia odwykowego w latach 94/95 wynika, że w 64% ambulatoryjnych placówek odwykowych są udzielane jakieś świadczenia terapeutyczne dla członków rodzin. Najczęściej są to tzw. grupy edukacyjne (gdzie członkowie rodzin zdobywają wiedzę o uzależnieniu od alkoholu, o współuzależnieniu, zdrowym trybie życia itd.) oraz porady indywidualne motywujące do uczestnictwa w Al.-Anon. W niektórych placówkach oferowane są szersze oferty obejmujące psychoterapię problemów osobistych bądź terapię małżeńską.

Stopniowo jednak utrwała się przekonanie, że pomoc dla członków rodzin alkoholowych powinna obejmować trzy podstawowe rodzaje świadczeń;

- 1) informacja i edukacja na temat problemów alkoholowych w rodzinie, sposobów ich rozwiązywania, środowisk wzajemnej pomocy
- 2) programy psychoterapeutyczne dla poszczególnych grup pacjentów
 - osób współuzależnionych
 - młodzieży i dzieci z rodzin alkoholowych
 - dorosłych dzieci alkoholików
- 3) programy pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie

Tradycyjne podejścia do współuzależnienia

W literaturze amerykańskiej, coraz szerzej dostępnej także w Polsce, można rozpoznać dwa tradycyjne już podejścia do problematyki współuzależnienia. Pierwsze traktuje współuzależnienie jako chorobę, która jest bezpośrednią i niemal automatyczną konsekwencją uzależnienia partnera. Podejście to jest silnie ugruntowane w praktyce i ideologii AA i Al.-Anon i przykłady jego prezentacji można znaleźć m.in. w pracach Janet Woititz czy Ewy Woydyłło (127, 134). Istotnym elementem tego podejścia jest teza, że współuzależnienie przejawia się w zmaganiach członków rodziny z alkoholikiem w celu zapanowania nad jego piciem. Żona alkoholika, nazywana niefortunnie „koalkoholiczką” spostrzegana jest jako osoba, która uparczywie stara się uzyskać kontrolę nad piciem męża, co staje się centralną sprawą w jej życiu i przypomina jego chorobę oraz staje się jej częścią.

Zdaniem Stefanii Brown współuzależnienie oznacza nie tyle wytwarzanie kontrolujących zachowań ile raczej bierną odpowiedź, czyli podporządkowanie się partnerowi, który dominuje (21).

Istotną rolę odgrywają tu próby przystosowania się do patologicznego funkcjonowania alkoholika. Próby kontrolowania alkoholika lub podporządkowania się mu wywołują wiele bolesnych przeżyć i są źródłem zaburzeń emocjonalnych, traktowanych jako objawy współuzależnienia (stany depresyjne, tendencje kompulsywne, lęki, zaburzenia somatyczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych). Podkreśla się podobieństwo współuzależnienia do alkoholizmu i traktuje jak chorobę.

Także terapia oparta na tym podejściu przypomina terapię osób uzależnionych, opartą o program Dwunastu Kroków. Zawiera ona m.in. postulat uznawania siebie za „koalkoholiczkę” oraz zaakceptowania własnej bezsilności i utraty zdolności do kierowania własnym życiem. Głównym celem pracy jest zmiana lub wyeliminowanie zachowań podtrzymujących picie partnera. Diagnostowanie pacjentek polega na poszukiwaniu cech wspólnych, które umożliwiają stwierdzenie; „wszystkie jesteśmy takie same, bo wszystkie jesteśmy żonami alkoholików”.

Drugie podejście prezentowane jest przez autorów prac z nurtu tzw. „toksycznych związków” takich jak Pia Melody czy John Bradshaw. Współzależnienie jest tu rozumiane jako zespół cech, które powstały w dzieciństwie, w wyniku działania mechanizmów obronnych ukształtowanych w odpowiedzi na niewłaściwe traktowanie w dysfunkcyjnej rodzinie. Osoba o takich cechach ma tendencje do wchodzenia w niezdrowe i szkodzące jej związki. W założeniu zawarta jest także idea, że nawet gdyby taka osoba nie weszła w niszczący związek to i tak byłaby współzależniona (135).

W tym podejściu zakłada się, że współzależnienie jest rezultatem wychowania w rodzinie dysfunkcyjnej, niekoniecznie alkoholowej. Wydaje się, że przy bardzo szerokim rozumieniu znaczenia pojęcia „rodzina dysfunkcyjna”, do kręgu tego można zaliczyć większość rodzin. Stąd już krok do tezy, że właściwie wszyscy są współzależnieni a nawet jeszcze dalej, że cała współczesna cywilizacja jest współzależniona. Podstawową przyczyną powstawania współzależnienia jest występowanie w rodzinach zaniedbywania potrzeb emocjonalnych dzieci i nadużyć intelektualnych lub duchowych. Przykładem nadużycia duchowego, zdaniem Melody może być ukrywanie przez rodziców swoich przekonań lub stawianie siebie w pozycji Siły Wyższej.

Rozpoznanie opiera się o wykrycie nabytych w dzieciństwie cech współzależnienia, których liczba u różnych autorów waha się od kilku do dwudziestu. Dotyczą one różnych sfer funkcjonowania. Czasami bardzo głębokich mechanizmów psychologicznych – granic tożsamości, emocjonalnej regulacji samooceny (21, 14).

Właściwą formą pomocy przy tak rozumianym współzależnieniu powinna być psychoterapia problemów emocjonalnych zakorzenionych w dzieciństwie oraz rozwój duchowy prowadzący do odnalezienia prawdziwego JA i przekraczania nabytych ograniczeń. Często wykorzystuje się do tego pogłębioną pracę nad Dwunastoma Krokami.

W tym podejściu nie wyróżnia się np. żon alkoholików jako odrębnej grupy, która potrzebuje specyficznej terapii, nie zajmuje się też ich aktualnymi problemami związanymi z codziennym życiem w rodzinie alkoholowej. Szerokie rozumienie współzależnienia obejmuje jego zakresem także całe społeczeństwo – prawie wszyscy wywodzimy się z rodzin dysfunkcyjnych i wszyscy potrzebujemy podobnej pomocy. Nie ma więc potrzeby tworzenia odrębnego modelu terapii dla żon alkoholików.

Jednak dotychczasowa praktyka polskiego leczenia odwykowego dowodzi czegoś innego. Dorośli członkowie rodzin uszkadzani w związkach z osobami uzależnionymi potrzebują specyficznego potraktowania i odpowiednio do ich potrzeb dostosowanych programów pomocy psychologicznej. Niestety, nie udało się do tej pory,

zbudować kompletnej i zadawalającej teorii współzależnienia i modelu terapii. Po kilka latach praktyki zaczynamy dopiero tworzyć fundamenty takiej koncepcji. Do jej budowania mogą być wykorzystane wybrane elementy przedstawionych powyżej podejść. Potrzebny jest natomiast inny układ odniesienia czyli ogólne ramy poznawcze porządkujące coraz większą ilość obserwacji klinicznych i wyjaśnień teoretycznych.

Współzależnienie jako pułapka psychologiczna

Szczególnie interesujące poznawczo i efektywne w praktyce klinicznej wydaje się rozumienie współzależnienia jako zjawiska związanego z procesem adaptacji do chronicznego przebywania w sytuacji stresowej. Żeby więc wystąpiło współzależnienie musi powstać związek dwojga dorosłych ludzi, w którym istnieje wiele powiązań natury formalnej, materialnej, społecznej i emocjonalnej. W związku tym, 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 cały szereg 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 związanej z patologicznymi zachowaniami partnera,
- ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania
- prowadzącą do pogorszenia własnego stanu
- utrudniającą zmianę własnego położenia na lepsze.

Współzależnienie obejmuje taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholikiem, bądź inną osobą działającą destrukcyjnie, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację. Osoba współzależniona będzie próbowała wprowadzać zmiany, zmierzające jej zdaniem do poprawy sytuacji, jednak to, co będzie robiła, i tak będzie tę sytuację utrwalać i pogarszać.

Trzeba zaznaczyć, że tak rozumiane współzależnienie może dotyczyć jedynie osoby dorosłej: takiej, która dobrowolnie weszła w związek i zaczęła go współtworzyć, a potem – przynajmniej obiektywnie – może z niego wyjść chociaż z dużymi trudnościami i po wielu komplikacjach. Dziecko nie może odejść, nie jest też w stanie zmienić tego układu.

Do tego, by u osoby dorosłej wystąpiło współzależnienie konieczne jest jej uczestnictwo w osobistym związku z drugą osobą, która przez swoje zachowanie wprowadza do wzajemnych kontaktów destrukcję i uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb związanych z życiem rodzinnym.

Sam jednak fakt uczestnictwa w takim związku, choć jest warunkiem koniecznym, nie jest wystarczający do rozpoznawania współzależnienia. Decyduje o tym sposób w jaki dana osoba reaguje na destrukcyjne postępowanie partnera i to jaką cenę będzie gotowa zapłacić za utrzymanie związku.

Wydaje się, że o tym, czy u danej osoby wystąpi współzależnienie czy nie, decydują trzy grupy czynników. Należą do nich sytuacja stresowa, czyli to, co dzieje się w

związku, minione doświadczenia życiowe i właściwości psychologiczne, z którymi dana osoba wchodzi w związek oraz zmiany, które zachodzą w jej psychologicznym funkcjonowaniu, będące w dużym stopniu skutkiem tamtych dwóch rodzajów uwarunkowań.

Wynik działania wszystkich tych czynników można określić jako globalną adaptację, sposób przystosowania się, który zależy od tego, „w co się weszło”, z jakim obciążeniem i jak się w tym funkcjonuje.

Czynniki te i ich negatywny wzajemny wpływ mogą sprzyjać zamknięciu osoby w psychologicznej pułapce dostosowywania się do tego, co szkodzi (i tym samym wzmacniania destrukcyjnej siły układu), bądź chronić osobę przed współzależnieniem.

Pierwsza grupa czynników to sytuacja w małżeństwie i w rodzinie. Składają się na nią: struktura rodziny, sposób pełnienia ról i wypełniania obowiązków, zależności finansowe i materialne oraz więź emocjonalna między członkami rodziny. Niezwykle ważne są zachowania alkoholika (zwłaszcza to, czy występuje przemoc) i związana z nimi siła zagrożenia. Z drugiej strony istotna jest pozycja zawodowa i towarzyska jego partnerki, posiadanie przez nią zaplecza osób, które mogą udzielić pomocy i wsparcia oraz presja opinii środowiska, w którym żyje dana rodzina.

Powstawaniu współzależnienia sprzyja: silna zależność emocjonalna i materialna, słaba pozycja zawodowa żony, izolacja rodziny i nacisk ze strony środowiska na utrzymywanie małżeństwa za wszelką cenę. Agresywne zachowania alkoholika, wytworzenie w rodzinie atmosfery zagrożenia i niepewności może, również w paradoksalny sposób zmuszać partnerkę do dostosowywania się do destrukcyjnej sytuacji i tym samym utrwalania układu.

Druga ważna grupa czynników to „wyposażenie osobiste”, czyli to, co dana osoba wnosi do związku. Bardzo ważne są doświadczenia z dzieciństwa: czy doznała jakichś urazów, jak w ogóle zapisała się w jej pamięci własna rodzina, jakie są tego konsekwencje, jaki obraz świata ukształtował się z tego powodu. Liczą się też doświadczenia z poprzednich związków, a także przekonania na temat ról w rodzinie, stosunków między kobietą i mężczyzną, obowiązków rodzinnych.

Ważne też są również cechy osobowości, funkcjonowanie emocjonalne, obraz samej siebie (poczucia własnej wartości, jakie są jej granice JA, czy w ogóle posiada punkty oparcia w sobie i jakie). Bardzo istotne jest również, jakie ma umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, czy potrafi rozwiązywać problemy, oceniać sytuację, radzić sobie z przykrymi emocjami, jak funkcjonuje w układach interpersonalnych, czy potrafi zadbać o siebie.

Większe prawdopodobieństwo współzależnienia występuje u osób, które same wychowały się w rodzinie dysfunkcyjnej i nie mają wzorów funkcjonowania dobrej, „zdrowej” rodziny. Bardzo ważne są tu przekonania, zamykające sens życia do pełnienia ról w rodzinie. Także niedojrzałość emocjonalna, obniżone poczucie własnej wartości, potrzeba przynależności do partnera i posiadania partnera, słabe granice JA oraz deficyty intra- i interpersonalnych umiejętności radzenia sobie z problemami sprzyjają powstaniu współzależnienia.

Trzecia grupa czynników, to zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym osoby będącej w patologicznym związku przez dłuższy czas. Mogą one również rozwijać się w różnych kierunkach.

Wydaje się, że współzależnieniu sprzyjają: w sferze intelektualnej zmiany w kierunku myślenia magicznego, zaprzeczania, przekonania, że „wszystko mogę i powinienam kontrolować”, zawężenie myślenia do jednego punktu widzenia, trudności w koncentracji uwagi.

W sferze emocjonalnej coraz silniejszy lęk, który w końcu generalizuje się na wszystko, zwłaszcza lęk przed nowością i zmianą. Osobie współzależnionej trudno jest okazywać złość, najczęściej tłumi ją, przenosi na inne osoby lub na siebie samą. Charakteryzują ją zmiany nastroju, przywiązanie do tego, co już ma, i niemożność pogodzenia się ze stratami.

W strukturze JA – czy jej granice są uszkodzone (zatarte), czy samoocena będzie się obniżać coraz bardziej od wpływu na uczucia partnera. Ważne są też poczucie winy i poczucie krzywdy, które mogą występować naprzemiennie.

Pojawia się więc pytanie: czy współzależnione pacjentki mają ze sobą coś wspólnego? Co jest istotą współzależnienia? Wydaje się, że jedynym wspólnym zjawiskiem jest coraz większe uwikłanie w destrukcyjny układ z alkoholikiem. Osoba współzależniona nie tylko wchodzi w taki układ (jak dzieje się z dzieckiem), ale ten układ współtworzy. Dzieje się to nie przez świadomą realizację własnych potrzeb, lecz przez reagowanie na zachowanie tej drugiej, pijącej osoby. I to takie reagowanie, które uniemożliwia skuteczną zmianę czy wyjście z sytuacji, w efekcie umacnia i utrwała ten patologiczny układ. Dlatego możemy mówić o uwikłaniu.

Tak więc współzależnienie ostatecznie sprowadza się do przystosowania w szkodliwy sposób do czegoś, co niszczy, i tylko w tym sensie jest podobne do uzależnienia od alkoholu.

Jeżeli nie dostrzegamy takich zjawisk, to nie mamy podstaw do rozpoznawania współzależnienia. Sposoby przystosowania się i szkody, jakie powstają w ich wyniku, są różne u różnych osób. Sądzymy, że nie należy uważać współzależnienia za jednolitą jednostkę chorobową. W skład współzależnienia wchodzi natomiast różne zaburzenia emocjonalne powstające w wyniku reakcji przystosowawczych na stres. W międzynarodowym systemie klasyfikacji ICD 10 możemy znaleźć kilka jednostek chorobowych, które bardzo często ujawniają się w obrębie tego zaburzenia psychologicznego.

W związek, który przekształca się w patologiczny, może wejść zarówno osoba z problemami osobistymi i zaburzeniami emocjonalnymi, jak i osoba zdrowa. O tym, czy stanie się współzależniona, będzie decydowało tylko to, czy potrafi zmienić lub opuścić ten układ czy też się do niego przystosuje.

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

Wyjaśnienie tych problemów wymagać będzie jeszcze wielu badań i analiz klinicznych. Wydaje się, że często współzależnienie widziane oczyma osoby współzależnionej, 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).

Zaspokajanie potrzeb emocjonalnych często odgrywa tu drugoplanową rolę. Osoba współzależniona usiłuje zrealizować system przekonań i wartości, często wpisany w strukturę JA już w dzieciństwie.

Jest to związane z poczuciem tożsamości osoby współzależnionej jako kobiety, gdzie głębokie przekonanie „wartościowa kobieta to taka, która ma męża (partnera)” przekształca się w „jestem kobietą, która powinna umieć utrzymać przy sobie męża”. Za wszelką cenę. Dużą rolę odgrywa tu potrzeba przynależności do osoby partnera oraz jej przeciwstawny biegun czyli potrzeba posiadania partnera.

Realizacja tych potrzeb stanowi podstawowe źródło satysfakcji, zadowolenia i usmierzenia lęku u osób współzależnionych. Natomiast 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 egzystencjalnych kobiety jako partnerki, nastawione jest na realizację tego programu życiowego. Często tylko częściowo uświadamianego sobie przez osobę współzależnioną.

W związku z tym nie potrafi ona ani tego programu zmodyfikować, ani tym bardziej się go wyrzec. (Być może ten aspekt współzależnienia tłumaczy w dużym stopniu dlaczego tak niewielu mężów alkoholiczek zgłasza się na terapię dla osób współzależnionych).

Pułapka polega na tym, że program ten ma być zrealizowany z partnerem, alkoholiczkiem, który ma zupełnie inną, egocentryczną „pijaną” wizję życia. Dochodzi do starcia tych dwóch postaw (w których są też elementy uzupełniające się i nagradzające trwanie w związku). W rezultacie powstaje układ, który powoduje u osoby współzależnionej w wyniku frustracji większości potrzeb poczucie bezsilności i własnej wartości, stany depresyjne, zaburzenia emocjonalne i psychosomatyczne, uszkodzenie granic JA i konsekwentne usztywnianie zachowań i schematów myślenia.

Psychoterapia współzależnienia

Przedstawione powyżej rozumienie współzależnienia wyznacza nasze założenia psychoterapii tego zaburzenia. Strategie terapeutyczne powinny zakładać etapowość terapii i poruszanie się coraz głębiej w poszukiwaniu mechanizmów współzależnienia.

Pierwszy etap powinien być nastawiony na umożliwienie pacjentce poznania sytuacji, w której się znajduje i zrozumienie schematów swojego postępowania w związku.

Konieczna jest analiza sytuacji rodzinnej (struktury rodziny, ról, obowiązków, wszelkiego rodzaju zależności, przywilejów, udziału w życiu rodziny). Najważniejsze są tu relacje między pacjentką a jej partnerem. W terapii powinno znaleźć się miejsce na inwentaryzację zachowań alkoholika w rodzinie (przemoc, współzycie

seksualne, związanych z utrzymaniem finansowym rodziny, wychowaniem dzieci, codziennym życiem domowym itp.) i reakcji pacjentki na nie. Istotne jest wychwylenie tych reakcji, które przejawiają się w sztywnych, całkowicie nieefektywnych schematach zachowań.

Schematy te, będące właśnie schematami współzależnienia, czyli należące do istoty tego zjawiska można podzielić na 3 grupy:

1) nieudane próby zmieniania sytuacji:

- zachowania kontrolujące picie alkoholu przez partnera,
- zachowanie mające na celu uzyskanie wpływu na zachowania pijanego partnera,
- zachowania nadopiekuńcze wobec partnera,
- wciąganie innych członków rodziny w kontrolowanie osoby pijącej;

2) nieudane próby wycofania się z sytuacji:

- zachowania demonstracyjne (straszenie i „granie” odejścia),
- zachowania ucieczkowe (bez zabezpieczenia, wsparcia, rozeznania sytuacji),
- zachowania wzmacniające poczucie bezradności (użalanie się, narzekania),
- brak zachowań zmierzających do usamodzielnienia się;

3) negatywne (szkodliwe) sposoby przystosowania się do sytuacji:

- izolowanie się od osób spoza najbliższej rodziny,
- branie na siebie całej odpowiedzialności za rodzinę,
- dbanie o zachowanie pozorów idealnej rodziny za wszelką cenę,
- branie na siebie konsekwencji picia partnera,
- brak skutecznej samoobrony w przypadkach przemocy,
- zaniebywanie własnych potrzeb na rzecz potrzeb partnera.

Wykrywanie tych schematów zachowań jest niezbędne do ich zmiany. Potrzebna więc też jest diagnoza zasobów pacjentki, jej umiejętności radzenia sobie z różnego rodzaju problemami (emocjonalnymi, intelektualnymi, sytuacyjnymi) oraz nauka konstruktywnych zachowań. Istotną rolę spełnia również dostarczenie wsparcia emocjonalnego i edukacja dotycząca problemów alkoholowych i współzależnienia.

Drugi etap terapii dotyczy poznania źródła uporczywości i braku dystansu osoby współzależnionej do swego destrukcyjnego zachowania. Zmierza więc do poznania wizji życia we dwoje, którą pacjentka usiłuje zrealizować w związku. W tym celu trzeba odkryć jej przekonania na temat małżeństwa, rodziny, relacji między kobietą a mężczyzną, porządku świata, celów życiowych, sposobu oceniania siebie i swoich możliwości.

Szczególnie ważne są przekonania, które:

- wzmacniają poczucie bezradności, straty i lęk przed zmianą,
- wzmacniają tendencje autodestrukcyjne (np. poczucie winy, negatywne myślenie o sobie itp.),
- usprawiedliwiają zaprzestanie poszukiwań nowych rozwiązań,
- uniemożliwiają szukanie pomocy poza rodziną,
- podtrzymują irracjonalną nadzieję na cudowną poprawę sytuacji.

Na tym etapie możliwe jest też dotarcie do obrazu siebie, szczególnie tożsamości siebie jako kobiety i poszukanie tam zakotwiczenia negatywnych skryptów życio-

wych tworzących współzależnienie.

Praca psychoterapeutyczna zmierza tutaj w kierunku zmiany tych skryptów i stworzenia nowej wizji życia, w której życie „we dwoje” byłoby wyborem (możliwym pod pewnymi warunkami) a nie bezwzględną koniecznością. Niewątpliwie spora część tych przekonań powstała w dzieciństwie.

Dla niektórych pacjentek jest potrzebny trzeci etap terapii to jest psychoterapia problemów osobistych, których źródeł należy poszukiwać w wychowaniu się w rodzinach dysfunkcyjnych, np. DDA (22, 21, 23, 42).

Taki całościowy program psychoterapii dla osób współzależnionych na razie jest możliwy do zrealizowania (głównie ze względu na braki kadrowe i kompetencyjne) tylko w niewielu placówkach odwykowych w Polsce.

W celu wsparcia dla prowadzonych w ciągu ostatnich lat poszukiwań bardziej skutecznych form pomocy psychologicznej dla osób współzależnionych, oceny istniejących programów oraz pogłębienia wiedzy empirycznej na temat samego zjawiska i procesy psychoterapii, zespół badawczy Instytutu Psychologii Zdrowia rozpoczął realizację programu pt. Analiza przebiegu i efektów terapii osób współzależnionych APETOW. Koncepcja tego programu badań oraz wstępne wyniki badań pilotażowych zostaną przedstawione w następnym artykule.

Streszczenie

Artykuł przedstawia poszukiwania nowego podejścia teoretycznego do problemu współzależnienia oraz zarys koncepcji psychoterapii osób, u których ten problem występuje. Autorzy określają współzależnienie jako utrwaloną formę uczestnictwa w długotrwałej i trudnej lub niszczącej sytuacji życiowej związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczającą w sposób istotny jej swobodę wyboru postępowania, która prowadzi do pogorszenia własnego stanu oraz utrudnia zmianę własnego położenia na lepsze.

Współzależnienie jest rozumiane jako pułapka psychologiczna. Obejmuje więc taki sposób reagowania na silnie stresową sytuację współżycia z alkoholiczkiem, który powoduje postępujące uwikłanie w tę sytuację. Osoba współzależniona próbuje wprowadzać zmiany zmierzające do poprawy sytuacji, jednak to, co robi bardzo często przyczynia się do pogorszenia i utrwalenia tej sytuacji.

Strategia psychoterapii w pierwszym etapie polega na analizie środowiska rodzinnego i sposobu uczestniczenia w nim przez osobę współzależnioną oraz na odkrywaniu jej sztywnych i szkodliwych dla niej schematów funkcjonowania. Istotną rolę spełnia również dostarczenie wsparcia emocjonalnego i edukacja dotycząca problemów alkoholowych i współzależnienia.

W drugim etapie pacjentka poszukuje lepszego zrozumienia źródeł uporczywości i trwałości tych schematów oraz podejmuje aktywne próby zmiany swojego funkcjonowania. Przedmiotem pracy terapeutycznej są te przekonania na temat własnej osoby, małżeństwa, rodziny, relacji między kobietą a mężczyzną, porządku świata, celów życiowych, które wzmacniają poczucie bezradności, straty i lęk przed zmianą.

tendencje autodestrukcyjne oraz usprawiedliwiają zaprzestanie poszukiwań nowych rozwiązań i uniemożliwiają szukanie pomocy poza rodziną.

Dla niektórych pacjentek jest potrzebny trzeci etap terapii czyli głębsza psychoterapia problemów osobistych, których źródeł często należy poszukiwać w wychowaniu się w rodzinach dysfunkcyjnych.

Jerzy Mellibruda, Zofia Sobolewska
A theoretical concept and therapy of co-dependence

Summary

The paper presents search for a new theoretical approach to the problem of co-dependence and an outline of a concept of psychotherapy of people with this problem. The authors define co-dependence as an established form of participation in a long-term, difficult or destructive life situation due to pathological behaviors of the partner, considerably limiting the co-dependent individual's freedom of choice, resulting in a deterioration of his/her own status and hindering any improvement of his/her standing.

Co-dependence is construed as a psychological trap. Thus, it includes such a type of response to a highly stressful relationship with the alcoholic partner that results in a progressively growing involvement in the situation. The co-dependent individual attempts to introduce changes for the better, but his/her actual behavior very often results only in an aggravation or stabilization of the situation.

The therapeutic strategy in the first stage consists in an analysis of the family environment and of relationships of the co-dependent person, as well as in revealing the rigid and self-defeating patterns of his/her functioning. Important interventions at this stage consist also in providing emotional support and in education on alcohol problems and co-dependence.

In the second stage the co-dependent patient seeks a better understanding of the sources of persistence and stability of these patterns and undertakes active attempts to change his/her functioning. The therapeutic work is focused on the patient's beliefs concerning self, his/her marriage, family, relation between man and woman, the order of the world, life goals, etc., that not only strengthen the patient's sense of helplessness, loss, fear of change, self-defeating tendencies, but also justify giving up the search for new solutions, and prevent his/her seeking help outside of the family.

For some patients a third stage is necessary, i.e. a deeper psychotherapy of personal problems frequently originating from their being brought up in a dysfunctional family.

Key words: co-dependence / psychotherapy / theoretical approach