

**Maria Załuska, Anna  
Kossowska-Lubowicka**

---

**Współuzależnienie i zespół stresu  
pourazowego w rodzinie alkoholowej**

---

Studia nad Rodziną 13/1-2 (24-25), 311-322

---

2009

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

Maria ZAŁUSKA, Anna KOSSOWSKA-LUBOWICKA

## WSPÓLUZALEŻNIENIE I ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO W RODZINIE ALKOHOLOWEJ

Współzależnienie (koalkoholizm) – to zjawisko obserwowane w rodzinach z problemem alkoholowym, zwłaszcza u żon alkoholików. Pojęcie to można odnosić też, jak chce Bradshaw<sup>1</sup> do każdej rodziny dysfunkcyjnej (również w przypadku przemocy, choroby, nadużyć seksualnych, innych uzależnień, rozwodu itp.) i może dotyczyć każdego jej członka.

Rodzina, w której któryś z jej członków nadużywa alkoholu staje się rodziną dysfunkcyjną, czyli taką, która funkcjonuje w sposób nieprawidłowy. Rodziny zdrowe, funkcjonalne<sup>2</sup> zabezpieczają przetrwanie, zaspokajają potrzeby emocjonalne, rozwój i wzrastanie każdego członka, są miejscem budowania poczucia własnego ja, są podstawową jednostką socjalizacji i mają decydujące znaczenie dla przetrwania społeczeństwa. Natomiast w rodzinach dysfunkcyjnych nie jest możliwy rozwój jej członków, brak jest szczerości w relacjach, wyraźnie określonych ról i norm. Rodziny takie zamknięte są na kontakty z innymi.

Dysfunkcyjność tworzy się, przebiega przez kolejne fazy (model Joan Jackson)<sup>3</sup>:

1. zaprzeczanie istnienia problemu – tolerowanie destrukcyjnych zachowań, usprawiedliwianie picia „jednorazowym epizodem”, zmęczeniem, „złym dniem”, zmartwieniem alkoholika, chronienie go przed ponoszeniem konsekwencji picia;
2. próby pozbycia się problemu – partner zaczyna się orientować, że współmałżonek nadużywa i próbuje wywrzeć nacisk na ograniczenie lub zaprzestanie picia, jednocześnie ma miejsce obrona przed napiętnowaniem poprzez ograniczenie kontaktów z otoczeniem, próby utrzymania zewnętrznego wizerunku;

<sup>1</sup> J. Bradshaw, Zrozumieć rodzinę, Warszawa 1998.

<sup>2</sup> Tamże.

<sup>3</sup> Za: W. Sztander, Poza kontrolą, Warszawa 1993.

3. dezorganizacja i chaos – utrata nadziei na rozwiązanie sytuacji, zaburzenia emocjonalne i kryzysy u członków rodziny;
4. reorganizacja rodziny – wzmocnienie zdolności współmałżonka do radzenia sobie z problemami, przestaje on koncentrować wysiłki na utrzymaniu trzeźwości partnera, podejmuje próby separacji. Często bywa to bodźcem do podejmowania przez osobę pijącą prób leczenia, a jeśli nie – rodzina reorganizuje się bez alkoholika, przeprowadzając nowy podział obowiązków i ról.

Nie każda rodzina przechodzi przez wszystkie te fazy - niektóre zatrzymują się na którymś ze stadiów.

Istnieje wiele definicji współuzależnienia. Jedną z nich jest ujęcie określające współuzależnienie jako zespół schematów poznawczych, reakcji emocjonalnych i behawioralnych stanowiących o dysfunkcyjnym przystosowaniu do życia w bliskiej relacji z alkoholikiem<sup>4</sup>.

Współuzależnienie utrwała nieprzystosowawcze relacje członka rodziny z alkoholikiem, jednocześnie ułatwia picie, a związek staje się coraz bardziej niepodatny na zmiany, nasilając jego dysfunkcyjność. Osoby współuzależnione są przekonane o możliwości wywierania wpływu na partnera, mimo powtarzających się niepowodzeń i cierpienia z tym związanego. Osoby te, mimo że same nie piją, koncentrują swoje życie wokół alkoholu. Często stają się nieświadomymi sojusznikami picia, powodując odwlekanie decyzji o jego zaprzestaniu i sięganiu po pomoc.

Współuzależnienie określa się także jako utrwaloną formę uczestnictwa w długotrwałej, niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczającą wybór postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą zmianę położenia na lepsze<sup>5</sup>. Definicja zaproponowana przez Melody Beattie<sup>6</sup> wskazuje, że współuzależniona jest ta osoba, która pozwala na to, by zachowanie innej osoby oddziaływało na nią ujemnie i która obsesyjnie stara się kontrolować zachowanie oddziałującej na nią w ten sposób osoby.

Według Woronowicza<sup>7</sup> za istnieniem współuzależnienia przemawiają:

- poddanie się rytmowi picia alkoholika;
- przejmowanie za niego odpowiedzialności;

---

<sup>4</sup> Z. Sobolewska-Bała, W poszukiwaniu koncepcji współuzależnienia, „Świat Problemów” 1996, nr 1-2, s. 6-7.

<sup>5</sup> Z. Sobolewska-Bała, Współuzależnienie, „Terapia uzależnienia i współuzależnienia” 1998, nr 10-11.

<sup>6</sup> M. Beattie, Koniec współuzależnienia, Poznań 1994.

<sup>7</sup> B. T. Woronowicz, Alkoholizm jest chorobą, Warszawa 1998.

[3]

- obsesyjne kontrolowanie go;
- pomaganie i nadmierne opiekowanie się nim (w tym niedopuszczanie, by ponosił konsekwencje swojego picia i zachowań);
- wysoka tolerancja na różnego rodzaju patologiczne zachowania alkoholi-ka, z jednoczesnym występowaniem poczucia winy i poczucia małej wartości oraz zaniedbywaniem siebie.

Inni autorzy<sup>8</sup> analizując cechy osoby współuzależnionej (będące wyrazem przystosowania do sytuacji rodzinnej) wymieniają także:

- małą świadomość własnych potrzeb, nieumiejętność konstruktywnego ich zaspokajania, nieumiejętność troszczenia się o siebie;
- ciągle poświęcanie się dla innych, obsesyjne wręcz myślenie i zajmowa-nie się innymi, kontrolowanie życia innych, zaspokajanie potrzeb innych kosztem siebie;
- małą wiarę w samodzielność bliskich;
- nieufność wobec innych;
- nieumiejętność opierania się na sobie, brania odpowiedzialności za siebie;
- słaby kontakt z własnymi uczuciami, tłumienie uczuć;
- lęk przed samotnością;
- depresję;
- przejawianie nadmiernej czujności;
- kompulsywność, tendencję do obwiniania siebie;
- nadużywanie środków zmieniających świadomość;
- aktualne (lub w przeszłości) doświadczanie przemocy;
- choroby somatyczne związane ze stresem;
- dawanie ciągle czegoś z siebie i oczekiwanie tego od innych, poczucie nie-docenienia i wykorzystania;
- gotowość do zrobienia wszystkiego w obawie przed porzuceniem;
- uzależnianie własnej samooceny od umiejętności kontrolowania siebie i innych w sytuacji zagrożenia;
- wymaganie od siebie perfekcji w obawie przed popełnieniem błędu;
- problem z granicami: między nadmiernym zbliżeniem a zachowaniem dystansu;
- skłonność do związków z osobami o zaburzonej osobowości, uzależnionymi lub współuzależnionymi.

---

<sup>8</sup> K. Kurza, Współuzależnienie kobiet, „Terapia uzależnienia i współuzależnie-nia” 2000, nr 6, s. 25-28; W. Sztander, Pułapka współuzależnienia, Warszawa 1993; L. L. Stafford, Is codependency a meaningful concept? Issues Meant Health Nurs. 2001, 22 (3), s. 273-86.

Istnieją czynniki, od których zależy czy dana osoba się współzależni, czy też nie, i jaki kształt przyjmie to współzależnienie. Można je pogrupować następująco<sup>9</sup>:

1. sytuacja stresowa, czyli czynniki zewnętrzne;
2. wyposażenie osobiste (to, co dana osoba wnosi do związku), czyli dyspozycje wewnętrzne;
3. zmiany w psychologicznym funkcjonowaniu (zależne m.in. od wyposażenia biologicznego – temperamentu i typu układu nerwowego).

Wszystkie te czynniki mają znaczenie w tworzeniu się współzależnienia. Opisując sytuację w rodzinie (czynniki zewnętrzne) należy wskazać na:

- rodzaj więzi – zarówno emocjonalnej, jak i formalnej oraz materialnej – z osobą pijącą;
- konkretne zachowania partnera i związane z tym ewentualne zagrożenia;
- obecność lub nieobecność osób ważnych dla rodziny, które mogą udzielić pomocy i wsparcia, a także na pozycję zawodową i towarzyską współmałżonki alkoholika.

Jeśli chodzi o wyposażenie osobiste (dyspozycje wewnętrzne) to obejmuje ono: doświadczenia z dzieciństwa, doświadczenia z poprzednich związków, obraz świata, obraz samej siebie, system przekonań na temat ról w rodzinie, małżeństwie, stosunków między kobietami a mężczyznami, cechy osobowości, funkcjonowanie emocjonalne, umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, w układach interpersonalnych.

Jeśli zmiany w funkcjonowaniu psychicznym pójdą w kierunku sprzyjającym współzależnieniu będą się one manifestowały myśleniem magicznym, zaprzeczaniem, powinnością kontrolowania wszystkiego, zawężaniem myślenia do jednego punktu widzenia, niemożnością koncentracji uwagi (sfera intelektualna), narastaniem lęku, tłumieniem złości, zmianami nastrojów, niemożnością pogodzenia się ze stratami, poczuciem winy i krzywdy (sfera emocjonalna), zacieraniem się granic, obniżaniem samooceny (struktura Ja).

W literaturze można spotkać następujące nurty wyjaśniające zjawisko współzależnienia<sup>10</sup>:

- Teoria zaburzonej osobowości – określa współzależnienie jako trwałą predyspozycję psychiczną, która przypisuje kobietom współzależnym specyficzny typ osobowości i poszukiwanie niedostępnych emocjonal-

---

<sup>9</sup> Z. Sobolewska-Bała, W poszukiwaniu koncepcji współzależnienia, dz. cyt., s. 6-7; Z. Sobolewska-Bała, Współzależnienie, „Terapia uzależnienia i współzależnienia” 1998, nr 10-11.

<sup>10</sup> W. Sztander, Pułapka współzależnienia, dz. cyt.; L. L. Stafford, Is codependency a meaningful concept?, dz. cyt., s. 273-86.

[5]

nie mężczyzn do zaspokojenia swoich neurotycznych nieświadomych potrzeb<sup>11</sup>. Koncepcja ta zakłada, że zaburzenia występujące u współuzależnionych kobiet są pierwotne w stosunku do dysfunkcji nabytych w relacji z alkoholem (kobiety są współuzależnione zanim wejdą w niszczący związek).

- Teoria stresowa – współuzależnienie jest efektem przebywania w warunkach przewlekłego stresu<sup>12</sup>, jest reakcją na zachowanie uzależnionego partnera. Picie alkoholika, jego zachowania zaczynają być odbierane jako zagrażające – stają się pierwotnym stresorem. Członkowie rodziny przystosowują do tego stresu – próbując uzyskać nad nim kontrolę. Używają szeregu strategii i zachowań, które ułatwiają im przetrwanie w trudnej stresowej sytuacji, a zarazem utrwalają u alkoholika jego zachowania związane z pićm.

Współuzależnienie jest rozpatrywane w kategoriach psychologicznych, a nie psychopatologicznych. Nie jest więc aktualnie kategorią zaburzeń psychicznych i zachowania w rozumieniu międzynarodowej klasyfikacji ICD 10, mimo iż Cermak<sup>13</sup> postulował włączenie współuzależnienia do klasyfikacji DSM IV w kategoriach zaburzeń osobowości. Próbował on zintegrować model psychiatryczny z modelem pochodzącym z obszaru uzależnień. Wskazywał na fakt, że współuzależnienie ma wyraźny status kliniczny, jest rozpoznawane jako osobny rodzaj zaburzeń emocjonalnych na zupełnie własnych prawach.

Niektórzy uważają, iż zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), często stwierdzany u osób z rodzin alkoholowych, może być klinicznym odpowiednikiem współuzależnienia osiagającego nasilenie istotne dla zdrowia danej osoby.

---

<sup>11</sup> H. J. Gotham, K. J. Sher, Do condependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *J Stud Alcohol* 1996 57 (1); 34-9; A. T. Carson, R. C. Baker, Psychological correlates of codependency in women; *Int J. Addict* 1994, 29(3); 395-407; P. Mellody, Toksyczne związki - anatomia i terapia współuzależnienia, Warszawa 1992.

<sup>12</sup> K. Kurza, Współuzależnienie kobiet, „Terapia uzależnienia i współuzależnienia” 2000, nr 6, s. 25-28; J. G. Woititz, Małżeństwo na lodzie – psychologiczne problemy żon alkoholików, Warszawa 1990; J. G. Woititz, Dorosłe dzieci alkoholików, Warszawa 1994; K. Kurza, Jak radzą sobie ze stresem żony alkoholików, które zgłosiły się na terapię?, „Świat problemów” 2004, nr 4.

<sup>13</sup> T. L. Cermak, Diagnostic criteria for codependency, *J Psychoactive Drugs* 1986, 18 (1); 15-20.

### Zespół stresu pourazowego PTSD

Według klasyfikacji ICD 10<sup>14</sup>, zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) można rozpoznać wtedy, gdy dana osoba była narażona na stresujące wydarzenia lub sytuacje posiadające cechy zagrażające lub katastroficzne, trwające długo lub krótko, po których występuje uporczywe przypomnienie sobie lub odżywianie w przeżyciach stresowej sytuacji (zakłócające przeblyski, żywe wspomnienie, powracające sny), a także gorsze samopoczucie w sytuacjach przypominających stresor lub związanych z nim, powodujące unikanie lub preferowanie unikania tych okoliczności (co nie miało miejsca wcześniej).

Ponadto występuje którykolwiek z następujących objawów:

1. Częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem.
2. Uporczywe objawy psychologicznej nadwrażliwości i stanu wzbudzenia nie występujące przed zadziałaniem stresora: trudności z zasypianiem, budzenie się w nocy, drażliwość, wybuchy gniewu, trudności w koncentracji, nadmierna czujność, wzmożona reakcja zaskoczenia, nadwrażliwość na bodźce, lękowe oczekiwanie.

Warunkiem koniecznym rozpoznania zespołu stresu pourazowego PTSD jest stwierdzenie wystąpienia zdarzenia traumatycznego i związku czasowego z nim w pojawieniu się objawów. Objawy te utrzymują się długotrwale po ustąpieniu działania stresora. Według Horowitz PTSD przebiega w 4 fazach:

1. Rozpoznanie zdarzenia i gwałtowne silne przeżycia emocjonalne.
2. Zaprzeczanie i lub odrętwienie emocjonalne.
3. Występowanie na przemian natrętnie powracających myśli, obrazów i emocji związanych ze zdarzeniami oraz reakcji zaprzeczania i unikania.
4. Faza intelektualnego i emocjonalnego przetwarzania i przepracowywania oraz zaakceptowania tego, co spowodowało, że zdarzenie miało charakter traumatyczny.

B. Dudek<sup>15</sup> dzieli zdarzenia traumatyczne na: katastrofy naturalne (huragany trzęsienia ziemi, powodzie), katastrofy wywołane przez człowieka (pożary, wypadki drogowe, lotnicze), przemoc między ludźmi o charakterze strukturalnym (wojny, terror polityczny, przestępczość zorganizowana – tortury, uprowadzenia, zabójstwa) oraz czyny kryminalne indywidualne (przemoc fizyczna i seksualna w rodzinie i poza rodziną).

---

<sup>14</sup> Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w: ICD10 – badawcze kryteria diagnostyczne, Warszawa 1998.

<sup>15</sup> B. Dudek, Zaburzenia po stresie traumatycznym, GWP 2003.

Narażenie na zdarzenia traumatyczne w populacji ogólnej jest dosyć duże. W badaniach amerykańskich 61% mężczyzn i 51% kobiet było w czasie dotychczasowego życia ekspozowanych na zdarzenia traumatyczne. Grupami szczególnego narażenia są różnego rodzaju służby ratownicze<sup>16</sup>. Ekspozycje przynajmniej jeden raz w czasie dotychczasowej pracy relacjonowało 86% strażaków i 72% pracowników pogotowia ratunkowego w Polsce<sup>17</sup>. Obecnie coraz częściej zwraca się uwagę na narażenie na zdarzenia traumatyczne u członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu, zwłaszcza na zdarzenia związane z przemocą domową.

Nie każde przeżycie zdarzenia traumatycznego skutkuje rozwojem zespołu stresu pourazowego. Rozwój tego typu zaburzeń zależy od charakteru zdarzenia traumatycznego i cech indywidualnych danej osoby. Według Yehudy<sup>18</sup> PTSD występuje u 3% – 58% uczestników zdarzeń traumatycznych. W badaniach polskich, wśród kobiet w schronisku dla ofiar przemocy domowej, na PTSD cierpiało: 84% osób w kilka tygodni po doznaniu przemocy, a 47% po upływie roku<sup>19</sup>.

Wśród czynników indywidualnych, poprzedzających zdarzenie traumatyczne znaczenie istotne dla rozwoju zespołu stresu pourazowego mają: wiek, płeć, obciążenie genetyczne, temperament, cechy osobowości, wcześniejsze obciążenie stresem. Po zdarzeniu traumatycznym rozwój zespołu PTSD zależy od indywidualnej oceny poznawcza trauma, związanych z tym emocji, posiadanych umiejętności radzenia sobie, a także od społecznego kontekstu zdarzenia i posiadanych zasobów wsparcia.

Według Everlygo o wystąpieniu PTSD w wyniku działania stresora rozstrzyga wytworzenie się dwu rodzajów nadwrażliwości: neurologicznej i psychologicznej<sup>20</sup>. Uwrażliwienie neurologiczne polega na nadmiernym i przetrwałym wzbudzeniu w układzie limbicznym – zwłaszcza w hipokampie i miejscu sinawym w powiązaniu ze wzgórzem i podwzgórzem oraz korą mózgową okolic nadoczodołowych w płatach czołowych. Struktury te odpo-

---

<sup>16</sup> R. C. Kessler, K. A. Mc Gonagle, S. Zhao, Lifetime and 12 month prevalence of DSM III R psychiatric disorders In the United States: results from the National co morbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1994, 51 (8), 8-19.

<sup>17</sup> B. Dudek, Zaburzenia po stresie traumatycznym, dz. cyt.

<sup>18</sup> R. Yehuda i Mc A. C. Farlane, Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis Am. J of Psychiatry 1995, 152 (12), 1705-1713.

<sup>19</sup> Green B. L. Psychosocial research in traumatic stress, An update J traumatic stress 1994, 7 (3), s. 341-342.

<sup>20</sup> B. Dudek, Zaburzenia po stresie traumatycznym, dz. cyt.



wiedzialne są za przechowywanie śladów pamięciowych i związanych z nimi stanów wzbudzenia neurovegetatywnego i emocjonalnego. Ich przetrwała nadmierna aktywacja prowadzi do pojawiania się objawów PTSD.

Uwrażliwienie psychologiczne według koncepcji psychoanalitycznych występuje wtedy, gdy siła bodźca jakim jest traumatyczne zdarzenie przekracza indywidualną barierę psychiki, chroniącą ją przed nadmierną stymulacją. Gdy zawiodą chroniące psychikę mechanizmy dochodzi do zaktywizowania w psychice dawnych wypartych urazów.

Teoria uczenia się tłumaczy powstawanie niektórych symptomów PTSD mechanizmami warunkowania klasycznego i instrumentalnego. Zdarzenie traumatyczne o charakterze bodźca bezwarunkowego jest związane z bodźcami obojętnymi, które na zasadzie warunkowania klasycznego i generalizacji stają się na przyszłość źródłem traumatycznych reminiscencji i lęku. Osoba z rozwijającym się PTSD uczy się unikania tych i im podobnych bodźców na zasadzie generalizacji (warunkowanie instrumentalne). Nasila to reakcje lękowe, gdyż unikanie bodźców blokuje proces wygaszania reakcji na nie.

Na gruncie teorii poznawczych, według koncepcji Horowitz i Eoa<sup>21</sup>, zdarzenia traumatyczne są źródłem informacji sprzecznych z dotychczasowymi pozytywnymi schematami poznawczymi jednostki. Z tego powodu nie mogą być szybko przetworzone i zasymilowane w pamięci trwałej – dawnej, są więc zatrzymywane w pamięci aktywnej. Powtarzające się próby przetworzenia ich są źródłem bolesnych reminiscencji, budzących negatywne emocje: lęku, winy, gniewu, żalu. Gdy przykre uczucia przekroczą akceptowalną granicę, jednostka zatrzymuje proces przetwarzania informacji przez unikanie, zaprzeczanie lub odrętwienie emocjonalne. Jest to jednak tylko czasowe odroczenie, po którym reminiscencje wracają dopóki proces przetwarzania nie zostanie ukończony. Osoby z wcześniejszymi negatywnymi schematami poznawczymi doznają w toku doświadczenia traumatycznego aktywizacji tych schematów, przez co emocje wywołane przez traumę ulegają wzmocnieniu. Utrudnia to przetwarzanie informacji i dokończenie procesu ich asymilowania w pamięci. W obu tych grupach podatnych na PTSD istotnym czynnikiem są zarówno schematy poznawcze dotyczące świata i siebie, ukształtowane przed traumą, jak i złożona struktura poznawcza pamięciowego obrazu traumy oraz pamięciowy obraz doświadczeń posttraumatycznych. Najbardziej odporne na rozwój PTSD są więc osoby o plastycznych realnych schematach dotyczących siebie i świata, zawierających zarówno pozytywne, jak i negatywne konotacje. Osoby te są najbardziej zdolne do tworzenia niepatologicznego

---

<sup>21</sup> Tamże.

realistycznego obrazu pamięciowego zdarzenia traumatycznego i następujących po nim zdarzeń.

Zespół stresu pourazowego – PTSD stosunkowo często (83%)<sup>22</sup> współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi. Do najczęściej obserwowanych zaburzeń współwystępujących należą: uzależnienia od alkoholu i narkotyków, zaburzenia osobowości, zaburzenia seksualne, depresje, zespoły lękowe i fobie oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Mogą także współwystępować: krótkotrwałe psychozy, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia snu, zaburzenia somatyzacyjne. Jest kwestią dyskutowaną czy PTSD i inne zaburzenia psychiczne współwystępują niezależnie od siebie, czy też PTSD ma wpływ na kształtowanie się i przebieg innych zaburzeń (uzależnień, zaburzeń depresyjnych, lękowych), lub też może sprawiać, że u osób z innymi zaburzeniami łatwiej rozwija się w zetknięciu ze stresorem zespół stresu pourazowego. Współwystępowanie PTSD i innych zaburzeń może wynikać w części przypadków z nakładania się symptomów w kryteriach diagnostycznych PTSD i innych zaburzeń (np. depresyjnych, lękowych). Nie stwierdzano różnic w częstości współwystępowania PTSD i innych zaburzeń psychicznych w zależności od rodzaju stresu (np. weterani wojny, ofiary przestępstw kryminalnych).

### **Wpółuzależnienie w rodzinie alkoholowej a PTSD i inne zaburzenia psychiczne**

Liczni autorzy zwracają uwagę na częstsze niż w populacji ogólnej występowanie różnych zaburzeń psychicznych u osób współuzależnionych, żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym. Wymienia się tu przede wszystkim zespół stresu pourazowego PTSD oraz inne zaburzenia psychiczne i somatyczne, takie jak: uzależnienia, zaburzenia osobowości, depresje, zespoły lękowe i fobie oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne<sup>23</sup>.

Analizując związek współuzależnienia z zespołem stresu pourazowego należy zwrócić uwagę na to, iż życie w bliskiej relacji z osobą, której emocje i zachowania są kształtowane przez mechanizmy uzależnienia alkoholowego jest związane z narażeniem na liczne czynniki stresu. Wśród nich najpoważ-

---

<sup>22</sup> A. C. Mc Farlane, P. Papay, Multiple diagnosis In posttraumatic stress disorder In the victims of a natural disaster J.Nerv. Ment. Dis. 1992, 180 (8), 498-502.

<sup>23</sup> M. Grubisic-Ilic, T. Ljubin, D. Kozaric-Kovacic, Personality dimensions and psychiatric treatment of alcoholics wives, Croat Med. J. 1998, 39(1), 49-53; N. Okazaki, S. Fujita, K. Suzuki K, Y. Niimi, Y. Mizutani, H. Kohno, Comparative study of health problems between wives of alcoholics and control wives, Arukuro Kenkyuto, Yakubutsu Ison 1994, 29(1), 23-30.

niejsze znaczenie ma agresja alkoholika, zagrażająca integralności psychicznej i fizycznej, a nawet życiu ofiary. Współzależnienie jako psychologiczny mechanizm przystosowania do sytuacji traumatycznej, ułatwiający przetrwanie w niej, ale zarazem uniemożliwiający zmianę, jest czynnikiem przedłużającym okres ekspozycji na czynniki stresu w rodzinie alkoholowej. Ponadto, w świetle teorii poznawczych można przypuszczać, iż u osób z zespołem współzależnienia utrwalone sztywne negatywne schematy poznawcze mogą być czynnikiem psychologicznej predyspozycji do PTSD, potęgującej emocje wyzwalane przez doświadczenia traumatyczne.

Różne są sposoby radzenia sobie ze stresem. Moos wyodrębnił strategie konfrontacyjne (ukierunkowane na rozwiązanie problemu, zakładające logiczną analizę, przewartościowanie pozytywne, poszukiwanie wsparcia) oraz unikające (poznawcze lub behawioralne próby uniknięcia myślenia o czynniku stresującym i jego konsekwencjach przy użyciu takich strategii jak akceptacja, rezygnacja i zastępcze wzmocnienie)<sup>24</sup>. Podobnie Endler i Parker wyróżniają następujące sposoby radzenia sobie ze stresem: „zadaniowy” najbardziej korzystny w radzeniu sobie z trudną sytuacją poprzez analizę poznawczą i aktywność ukierunkowaną na zmiany, przy uruchomieniu posiadanych zasobów i poszukiwaniu wsparcia oraz „emocjonalny” i „unikowy”, które ułatwiają przetrwanie w trudnej sytuacji, lecz nie zmierzają do rozwiązania jej. Sposobami radzenia sobie są tu „czynności zastępcze” i „poszukiwanie towarzystwa”, a także uruchamianie mechanizmów obronnych zaprzeczania, bagatelizacji, wyparcia<sup>25</sup>. Konfrontacyjny (zadaniowy) styl radzenia sobie sprzyja poszukiwaniu pomocy na wczesnych etapach uzależnienia małżonka. Wykazano, że kobiety posługujące się stylem radzenia sobie polegającym na rozwiązywaniu problemu wcześniej trafiały do placówek leczenia uzależnienia i współzależnienia alkoholowego<sup>26</sup>. Częściej były to żony, które zawarły związek małżeński jeszcze przed pojawieniem się problemów z pićciem męża<sup>27</sup>. Style unikowe są mniej korzystne, sprzyjają bowiem długotrwałemu tkwieniu w ekspozycji na stres związany z pićciem małżonka i rozwojowi współzależnienia. Na ogół kobiety współzależnione latami tkwią w stresie związanym z pićciem partnera, w swoisty sposób przystosowując

---

<sup>24</sup> Za: K. Kurza, Współzależnienie kobiet, „Terapia uzależnienia i współzależnienia, 2000 6, 25-28.

<sup>25</sup> J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski, P. Szczepaniak, Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych (ciss) (autorzy: N. S. Endler, J. D. A. Parker – IPZ Warszawa 2005).

<sup>26</sup> K. Kurza, Współzależnienie kobiet, dz. cyt., s. 25-28.

<sup>27</sup> J. Kinney, G. Leaton, Zrozumieć alkohol, Warszawa 1996.

się do niego poprzez uruchamianie zespołu mechanizmów obronnych, coraz bardziej wklajając się w taką destrukcyjną sytuację. Prawdopodobnie sprzyjają temu dysfunkcyjne mechanizmy przystosowawcze, wyniesione z rodziny pochodzenia, w przypadku gdy osoba wychowana w rodzinie alkoholowej wchodzi w związek małżeński z alkoholikiem. Długotrwałe pozostawanie w bliskim związku z osobą uzależnioną od alkoholu to permanentne, niekiedy trwające latami, bycie w stanie gotowości do reakcji na zagrożenie. Sytuacja taka, mimo stosowania przez osobę współzależną strategii umożliwiających przetrwanie, z czasem nieuchronnie prowadzi do różnego rodzaju szkód emocjonalnych i zdrowotnych. Osoby współzależne na ogół mają tendencje do zaniedbywania swoich potrzeb. Zawsze towarzyszy temu cierpienie. Jeśli nastąpi moment przekroczenia zdolności przystosowania się – wtedy dopiero pod wpływem znacznego distresu emocjonalnego lub dolegliwości somatycznych osoby współzależne zaczynają szukać pomocy. W tych przypadkach najczęściej trafiają do lekarzy pierwszego kontaktu z różnymi niespecyficznymi dolegliwościami psychosomatycznymi związanymi ze stresem (bezsenna, uczucie zmęczenia, różnorodne dolegliwości bólowe), które budzą podejrzenie choroby somatycznej.

Dotykamy tu problemu nie zdiagnozowanych zaburzeń emocjonalnych i psychosomatycznych związanych ze współzależnością z jakimi styka się lekarz w lecznictwie podstawowym. W wykrywaniu zaburzeń emocjonalnych leżących u podłoża skarg somatycznych pomocne mogą być narzędzia screeningowe, na przykład zaadaptowane w Polsce kwestionariusze GHQ 12 i GHQ 28<sup>28</sup>. Wczesne wykrywanie i diagnozowanie psychologicznych problemów współzależnienia oraz jego psychiatrycznych następstw u pacjentek zgłaszających się do lekarzy ogólnych z niespecyficznymi objawami psychosomatycznymi jest ważne, gdyż dla skutecznego leczenia konieczne jest udzielenie im odpowiedniej specjalistycznej pomocy. Pomoc ta w zależności od diagnozy (współzależnienie, inne zaburzenia psychiczne) powinna obejmować metody psychologiczne (interwencja kryzysowa, psychoedukacja, psychoterapia, interwencja lub terapia rodzinna, terapia uzależnienia i współzależnienia w rodzinie), lub niekiedy leczenie psychiatryczne – farmakologiczne.

Cytując za Sztander<sup>29</sup> „obliczono, że każdy rok życia w rodzinie z problemem alkoholowym wymaga miesiąca intensywnej pracy przywracają-

---

<sup>28</sup> Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszem Dawida Goldberga podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ 12 i GHQ 28 Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.

<sup>29</sup> W. Sztander, Pułapka współzależnienia, dz. cyt.

cej zdrowie – w terapii psychologicznej, grupach Al-Anon i innych grupach wsparcia”. Należy tu dodać, że im dłużej trwa współzależnione funkcjonowanie u boku uzależnionego od alkoholu członka rodziny, tym większe ryzyko rozwoju u osoby współzależnionej takich zaburzeń jak: zespół stresu pourazowego, zaburzenia lękowe, depresyjne, obsesyjno-kompulsywne, somatyzacyjne i psychosomatyczne, wymagające specjalistycznej terapii psychologicznej i farmakologicznej. Jednak terapia ta w przypadku występowania współzależnienia nie może być skuteczna bez diagnozy systemu rodzinnego, identyfikacji współzależnienia i wdrożenia wymienionych przez Sztander metod terapii psychologicznej.

Istotne znaczenie profilaktyczne mogłyby mieć programy profilaktyki szkolnej zawierające elementy treningów umiejętności społecznych i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

**Maria Załuska, Anna Kossowska-Lubowicka:  
Stress disorder in an alcoholic family**

Co-addiction is a phenomenon occurring in families with an alcoholic problem, basically affecting alcoholics' wives. The problem means a fixed form of participation in the long-lasting living situation related to the pathological attitudes of the spouse, restricting the choice of actions, leading to a deterioration of one's own state of affairs and impeding a change for the better. Although they themselves do not drink, their lives concentrate around alcohol. They are convinced of being able to exert influence on the spouse in spite of their repeated failures. They simply become involuntary allies of drinking and therefore delaying the decision to stop drinking and seek help. People from alcoholic families frequently show symptoms of the posttraumatic stress disorder (PTSD) and other mental disorders, such as depression, fears or personality disorders. To be effective, the therapy requires a diagnosis of the family system, the identification of co-addiction and implementing adequate methods of psychological therapy. Of great prophylactic significance are school prevention programmes comprising elements of social skills training and coping with difficult situations.