

Старков Денис<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

## ДО ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

### Анотація

**Актуальність теми дослідження.** Статтю присвячено теоретичному аналізу феномену співзалежності.

**Методологія дослідження.** Здійснено теоретичний аналіз основних підходів до визначення співзалежності та їх належності до різних рівнів психологічного аналізу.

**Результати роботи.** Запропоновано концептуалізацію співзалежності як «синдрому реакції на хворобу близького» та розроблено модель її формування як взаємодії реактивних і особистісних чинників. Виділено чотири рівні вираженості співзалежної поведінки (умовно-нормативний, невротичний, межовий, психотичний) та описано їх психологічні механізми.

**Ключові висновки.** Обґрунтовано доцільність гуманістично орієнтованого підходу в роботі зі співзалежною реакцією та критично переосмислено використання жорстко директивних інтервенцій.

*Ключові слова:* співзалежність, співзалежна поведінка, узалежнення, адикція, реакція на хворобу близького

## ON THE PROBLEM OF DEFINING THE PHENOMENON OF CODEPENDENCY: A THEORETICAL ANALYSIS

### Abstract

**The relevance of the research topic.** The article is devoted to a theoretical analysis of the phenomenon of codependency.

**Research methodology.** A theoretical analysis of the main approaches to defining codependency and their correspondence to different levels of psychological analysis was conducted.

**Results.** A conceptualization of codependency as a “syndrome of response to a significant other’s illness” is proposed, along with a model of its development as an interaction between reactive and personality-based factors. Four levels of severity of codependent behavior (normative, neurotic, borderline, and psychotic) are identified, and their underlying psychological mechanisms are described.

**Key findings.** The study substantiates the relevance of a humanistic approach in working with codependent reactions and offers a critical reconsideration of rigid directive interventions.

*Key words: codependency, codependent behavior, addiction, addictive behavior, response to a significant other's illness*

## **Вступ** **Історія поняття співзалежності**

Історію феномену співзалежності доцільно відліковувати від виходу книги «Анонімні Алкоголіки» у 1939 році. Хоча сам термін «співзалежність» у цій праці не використовується, восьма глава «До дружин», написана дружинами членів товариства Анонімних Алкоголіків, містить виразний феноменологічний опис стану, який згодом буде концептуалізовано як співзалежність: *«Ми пройшли тернистий шлях, це безсумнівно. Тривалий час ми мали стосунки з ображеною гордістю, розчаруванням, жалем до самих себе, непорозумінням і страхом. ... Це доводило нас до сльозливої сентиментальності, до гірких образ. Дехто з нас впадав із однієї крайності в іншу, завжди сподіваючись, що одного дня наші кохані знову стануть собою. Наша відданість та бажання, щоб наші чоловіки підняли свої голови і були як інші, породили безліч труднощів. Ми були безкорисливими та жертвували собою. Нам не раз доводилося говорити неправду, щоб захистити власну гордість і репутацію своїх чоловіків. Ми молилися, ми благали, ми були терпеливими. Іноді ми вибухали злістю. Ми втікали. Ми впадали в істерику. Нас охоплював жах. Ми шукали співчуття. Із помсти заводили любовні інтриги з іншими чоловіками. Не раз наші домівки вечорами перетворювалися на поле битви. Вранці ми цілувалися і мирилися. Наші друзі радили покинути чоловіків і ми рішуче робили це, тільки щоб незабаром повернутися надіючись, завжди надіючись. Наші чоловіки щиро зарікалися, що вони кидають пити назавжди. Ми вірили їм тоді, коли ніхто інший не міг чи не хотів їм повірити. А потім, через кілька днів, тижнів, місяців – новий вибух. Ми рідко приймали друзів у себе вдома, ніколи не знаючи, в якому стані і коли з'являться наші чоловіки. Ми рідко мали можливість спілкуватися з кимось. Ми почали жити майже відлюдно»* (Анонімні Алкоголіки, 2020: 82).

У 1951 році, через 16 років після заснування товариства Анонімні Алкоголіки, Ганна Б. та Лоїс В. (дружина співзасновника АА Білла В.) заснували спільноту Ал-Анон, що об'єднала родичів осіб з алкогольним залежненням (у цій роботі використовується термін «узалежнення» як спеціалізований науковий відповідник поняття «addiction», відповідно до термінологічної позиції дивізіону «Адиктологія» Національної психологічної асоціації (Старков & Максимова, 2023). До цього часу зустрічі сімей одужуючих алкоголіків уже були поширеною практикою, тому створення організації мало радше формальний характер. Назва «Al-Anon» є дериватом від «Alcoholics Anonymous». Важливо, що Al-Anon прийняв «12 Кроків» АА як основу своєї програми, що фактично означало розгляд стану учасників як подібного до узалежнення. Водночас сам термін

«співзалежність» ще не використовувався; натомість уживалися поняття «параалкоголіки» або «коалкоголіки» (Schaef, 1986). У 1968 році було засновано спільноту Nar-Anon, що об'єднує родичів осіб із наркотичним uzалежненням та функціонує за аналогією з Ал-Анон, поширюючи 12-кроковий підхід на ширший спектр хімічних uzалежнень (Nar-Anon Family Groups, 2002).

Сам термін «співзалежність», імовірно, з'являється у 1970-х роках у межах міннесотської моделі реабілітації осіб із хімічним uzалежненням і швидко набуває поширення. Співзалежність продовжує розглядатися в традиції Ал-Анон, тобто як стан, аналогічний алкоголізму, де змінюється лише об'єкт uzалежнення: замість психоактивної речовини — uzалежнення від іншої людини (Савчук, 2005). Формується уявлення про «дзеркальність» алкоголізму та співзалежності, у межах якого прояви співзалежності інтерпретуються через аналогію з адиктивною поведінкою: нав'язлива зосередженість на іншому співвідноситься з тягою до речовини, компульсивні спроби контролю — із втратою контролю над вживанням, самопожертва — з розвитком толерантності, а негативні емоційні реакції на зміну поведінки залежного — з проявами абстиненції (Schaef, 1986). На цьому етапі співзалежність залишається відносно вузькоспеціалізованим поняттям, що використовується переважно в межах системи реабілітації uzалежнень і руху «12 кроків».

Широка популяризація терміну «співзалежність» відбувається після виходу праці М. Beattie «Codependent No More...» у 1986 році (відомої у перекладах як «Долаємо співзалежність...» та «Рятувати чи рятуватися?..»), яка була продана в США накладом понад вісім мільйонів примірників (Beattie, 1986). У тому ж році формується альтернативна Ал-Анон 12-крокова спільнота «Анонімні співзалежні» (CoDA), для якої книжка «Codependent No More...» стає базовою, поки у 1995 р. вже не було випущено книжку «Анонімні співзалежні» спільнотою CoDA (CoDA, 2019).

Одночасно феноменом співзалежності починає цікавитися наукова спільнота. Першим професіоналом в галузі психічного здоров'я, який глибоко зайнявся проблемою співузалежнення, можна вважати психіатра Т. Cermak. У 1986 році він публікує клінічний посібник, у якому пропонує діагностичні критерії співзалежності та наполягає на включенні цього розладу до DSM-III-R (Beattie, 1986). Слід зазначити, що розлад співзалежності все ж таки не було введено ні у DSM-III-R, ні в подальші DSM четвертого та п'ятого видання та не включено ні в МКХ-10, ні в МКХ-11. Однак, не дивлячись на те, що офіційно співузалежнення не було визнано розладом, починаючи з робіт Cermak професійна спільнота звернула увагу на цей розлад, і наукові дослідження «співзалежності» почали поширюватися. Крім того, Cermak пише роботу «Діагностика та лікування співзалежності: посібник для професіоналів» (пройшла два видання), яка на сьогодні вважається «класичною» у галузі наукового розуміння співзалежності (Cermak, 1998).

У подальшому поняття співзалежності поступово виходить за межі адиктологічного контексту та починає застосовуватися до ширшого кола

дисфункційних міжособистісних відносин, включаючи партнерські та сімейні взаємодії без наявності хімічного uzалежнення. Загалом кінець 1980-х — початок 1990-х років можна розглядати як період найбільшої наукової та популярної уваги до проблеми співзалежності. Саме тоді сформульовано більшість концептів, які використовуються і сьогодні.

Однак, одночасно з цим розвивається потужна критика поняття співзалежності, зокрема заперечуючи її клінічну користь (Frank & Bland, 1992), характеризуючи як «неіснуючий діагноз» (Harper & Capdevila, 1990) та взагалі, пропонуючи повністю відмінити це поняття (van Wormer, 1989). К. Calderwood та А. Rajesparam узагальнюють цю лінію критики таким чином: *«Ми визнаємо сильні сторони концепції співзалежності для багатьох і вважаємо, що було б неетично відкидати досвід тих, хто вже її прийняв. Водночас ми погоджуємося, що повсюдне використання терміна “співзалежність” обмежує можливості пошуку альтернативних пояснень і підходів до лікування. ... Ми рекомендуємо фахівцям соціальної сфери бути обізнаними щодо концепції співзалежності, її обмежень і практичних переваг. Ми також заохочуємо визнавати, що ця концепція сформувалася без достатньої емпіричної бази та без консенсусу щодо її визначення і не була включена до DSM. Крім того, вона розвивалася без урахування сучасних уявлень про гендерні ролі, сімейну динаміку та інтереси дітей»* (Calderwood & Rajesparam, 2014: 176).

У подальшому інтерес до теми поступово знижується. Це, з одного боку, можна пов'язати з відсутністю чітких діагностичних критеріїв, труднощами емпіричної верифікації, розмитістю меж потужною науковою критикою цього поняття. З іншого боку, розвиток системно-сімейного підходу зміщує акцент із індивідуалізованих інтерпретацій співзалежності на аналіз патернів взаємодії в сім'ї, які підтримують адиктивну поведінку (Bowen, 1978). Сучасні систематичні огляди та метааналітичні дослідження демонструють, що саме сімейна взаємодія та залучення родини є ключовими факторами як розвитку, так і подолання uzалежнення (Lander et al., 2013; O'Farrell & Clements, 2012). У цьому сенсі системно-сімейний підхід має значно більш виражене емпіричне підґрунтя порівняно з концептом співзалежності.

У 2000-х роках нові концептуальні підходи практично не з'являються. Одним із небагатьох винятків є пропозиція подружжя В. та J. Weinhold розширити модель співзалежності шляхом введення поняття контрузалежності — стану, протилежного співзалежності (Weinhold & Weinhold, 2008).

Попри широку популяризацію поняття співзалежності як серед практиків, так і в масовій культурі, професійна спільнота не визнала його як окремий психічний розлад, та, відповідно, він відсутній у DSM-4/5 та МКХ-10/11. Кількість наукових публікацій з цієї теми залишається обмеженою: за даними PubMed за період 2021-2025 роки індексується всього 39 статей, присвячених співзалежності (для порівняння, за запитом drug addiction — 5235). В українському науковому просторі зафіксовано лише одну дисертацію з цієї тематики (Савчук, 2005).

Таким чином, історичний розвиток поняття співзалежності супроводжувався його активною популяризацією, однак не призвів до формування єдиного теоретичного підходу до його розуміння. Незважаючи на широке використання терміна у практиці, у науковому полі відсутній консенсус щодо його визначення, статусу та діагностичних критеріїв. Це зумовлює необхідність аналізу існуючих підходів до визначення феномену співзалежності.

Виходячи з цього, **мета дослідження** полягає у розробці узагальненої теоретичної моделі співзалежності, яка дозволяє пояснити її як синдром реакції на хворобу близької людини та систематизувати різні підходи до її визначення.

**Методологія дослідження** ґрунтується на теоретико-аналітичному підході та включає теоретичний аналіз феномену співзалежності, виявлення основних підходів до його визначення та їх систематизації відповідно до різних рівнів психологічного аналізу, концептуальне моделювання для побудови інтегративної теоретичної моделі.

### **Результати дослідження**

#### ***Феноменологія співзалежності***

Перед переходом до аналізу механізмів, що лежать в основі співзалежності, необхідно окреслити її феноменологічні характеристики.

Загальною характеристикою більшості підходів до співзалежності є заклопотаність думками про іншого. Водночас ця ознака сама по собі є недостатньою для визначення меж феномену, оскільки вона притаманна також нормативним психічним станам, зокрема закоханості або адекватній турботі про близьку людину в умовах її хвороби. Отже, для диференціації співзалежності від нормативних форм міжособистісної залученості необхідно виокремити додаткові феноменологічні ознаки.

Водночас у цьому сенсі погляди різних фахівців можуть суттєво різнитися. Розглянемо декілька феноменологічних визначень співзалежності, тобто таких, що описують форму її проявів без аналізу механізмів, які лежать в її основі.

Так, S. Burn визначає співзалежність як стан, що «включає патерни відносин, які характеризуються незбалансованим наданням та отриманням, де інтимність і близькість будуються на триваючій кризі однієї особи та на порятунку й підтримці з боку іншої» (Burn, 2015). J. Cruse та S. Wegscheider-Cruse визначають співзалежність як «стан, що характеризується заклопотаністю та надмірною емоційною, соціальною, а іноді й фізичною залежністю (англ. dependence) від іншої людини», зазвичай у контексті взаємин із особою, яка має uzалежнення (англ. addiction) (Cruse & Wegscheider-Cruse, 2012).

T. L. Cermak виокремлює низку типових рис співзалежності, серед яких — орієнтація на задоволення потреб інших за рахунок власних, гіпервідповідальність, порушення меж, нестабільна самооцінка та ілюзія контролю над поведінкою інших (Cermak, 1998).

О.Савчук у своїй дисертації, узагальнюючи наявну літературу, виокремлює узагальнені феноменологічні ознаки співзалежності: спрямованість назовні, потребу бути залученим у життя інших, прихований егоцентризм, компульсивне

прагнення контролювати інших, знижену здатність розпізнавати власні почуття (аж до їх повного заперечення) та втрату відчуття власної ідентичності (Савчук, 2005).

У свою чергу, Dear et al. (Dear et al., 2005) на основі тематичного аналізу опублікованих визначень співзалежності виокремили чотири ключові феноменологічні характеристики: зосередженість на зовнішньому світі, самопожертву, спроби контролювати інших та придушення власних емоцій.

Деякі фахівці виокремлюють різні «підтипи» співзалежності, описуючи їх через позиції у трикутнику Карпмана — Жертви (тип мученика), Переслідувача (контролюючий тип) та Рятівника (рятуючий тип) (Potter-Efron & Potter-Efron, 1989).

Основною проблемою наведених «вузьких» феноменологічних визначень співзалежності є те, що вони надмірно звужують феномен, одночасно розширюючи перелік його характеристик. Так, зокрема, людина, яка переживає інтенсивну тривогу за життя близького з важкою формою узалежнення та обсессивно зосереджена на думках про нього (тобто відповідає «класичному» опису співзалежності), не обов'язково має такі характеристики, як нестабільна самооцінка, зовнішня спрямованість, первинна потреба бути залученою у життя іншого, прихований егоцентризм, ілюзія контролю та компульсивне прагнення контролювати, знижена здатність розпізнавати власні почуття чи втрата відчуття власної ідентичності.

Таким чином, проблема окреслення феномену співзалежності полягає в тому, що він не може бути чітко визначений ані у диференціації з іншими станами (коли визначення стають надмірно широкими), ані у його точній ідентифікації (коли визначення виявляються надмірно вузькими).

З огляду на зазначене, у попередніх роботах (Старков, 2023) було здійснено спробу відмовитися від розгляду співзалежності як характеристики особистості та натомість описувати співзалежну поведінку як специфічний патерн взаємодії, у межах якого домінують: (1) стереотипи рятівництва та контролю; (2) порушення особистісних і соціальних меж; (3) ставлення до іншого як до безпорадного, залежного та позбавленого автономії.

З одного боку, таку поведінку можна розглядати як прояв усталеного патерну взаємодії в сімейній системі за типом «Батько—Дитина» (на відміну від взаємодії типу «Дорослий—Дорослий»). Відповідно, такі особистісні характеристики, як дифузна ідентичність із розмитістю меж «я—ти» та «моє—твое», егоцентрична зосередженість на іншому з потребою в контролі, патерни опіки—контролю—жертви, алекситимія тощо, можуть розглядатися як індивідуальні прояви крайніх форм цього системного патерну взаємодії. У цьому контексті на феноменологічному рівні не є принциповим, чи є взаємодія типу «Батько—Дитина» наслідком індивідуальних особистісних особливостей, чи, навпаки, ці особливості формуються в межах відповідного патерну взаємодії; етіогенетично можливими є обидва варіанти, хоча найчастіше має місце їх поєднання з різним ступенем вираженості.

З іншого боку, такий патерн співзалежної поведінки може бути проявом індивідуальних психологічних характеристик. У цьому сенсі поведінкове визначення співзалежності відображає її лише на рівні симптомів, не торкаючись механізмів, що лежать в її основі.

Отже, ключова ідея запропонованого підходу полягає в тому, що співзалежність доцільно розглядати передусім на рівні взаємодії, а не її психологічних причин. Інакше кажучи, незалежно від того, які психічні механізми лежать в основі співзалежної поведінки, саме ця поведінка виступає фактором, що підтримує або провокує узалежнення у іншого. При цьому у різних осіб у основі співзалежної поведінки можуть лежати різні психічні особливості та розлади різного ступеня вираженості — від клінічних форм до варіантів нормативного функціонування.

Вплив на іншу людину здійснюється саме через зовнішню форму співзалежної поведінки. З одного боку, перехід до взаємодії за типом «Батько—Дитина» з боку особи, що займає співзалежну позицію, частково спирається на нормативні психологічні механізми, оскільки елементи такої взаємодії є притаманними дорослому життю. Однак у даному випадку цей тип взаємодії актуалізується у невідповідному контексті — не в ситуації реального догляду за дитиною, а у відносинах між дорослими.

З іншого боку, для дорослої людини без виражених психічних порушень позиція «Дитини» не є провідною у міжособистісній взаємодії. Тому прийняття ролі «Дитини» у взаємодії типу «Батько—Дитина» часто пов'язане з використанням засобів психологічного або фізіологічного регресу, зокрема зловживанням психоактивними речовинами. У такий спосіб може пояснюватися один із механізмів участі співзалежної взаємодії у формуванні та підтримці узалежнення.

У цьому контексті можна виділити два крайні шляхи генезу взаємодії типу «співзалежний—узалежнений» у парі. Перший полягає у виникненні узалежнення в одного з партнерів, що активує «батьківську» позицію в іншого і поступово закріплює відповідний патерн взаємодії. Другий — у первинному формуванні співзалежної поведінки, яка може сприяти розвитку узалежнення у партнера.

Таким чином, пропонується відмовитися від використання терміна «співузалежнення» та натомість використовувати поняття «співзалежна поведінка», що характеризується патерном рятівництва/контролю, порушенням меж та запереченням автономії іншого. З одного боку, таке визначення є зручним для використання в межах сімейно-системної парадигми та дозволяє пояснити системну комплементарність «співзалежність—узалежнення» через патерн взаємодії типу «Батько—Дитина». З іншого боку, розгляд співзалежності виключно на поведінковому рівні, без апеляції до стабільних особистісних характеристик, не звужує можливостей дослідження індивідуальних механізмів, що можуть лежати в основі цього феномену на рівні окремих проявів.

### ***Механізми співзалежності***

Для подальшого аналізу феномену співзалежності необхідно розглянути основні підходи до його визначення не лише на феноменологічному (дескриптивному), а й на рівні базових механізмів.

Так, наприклад, за визначенням S. Anderson, співзалежність — це «модель хворобливого узалежнення від компульсивної поведінки та схвалення з боку інших у спробі знайти безпеку, самооцінку та ідентичність» (Anderson, 1994). В Оксфордському словнику співзалежність визначається як «надмірне емоційне або психологічне узалежнення від партнера, який, як правило, потребує підтримки через хворобу або залежність» (Stevenson & Lindberg, 2010). У матеріалах спільноти «Анонімні співзалежні» співзалежність описується через сукупність поведінкових і емоційних патернів (заперечення, низька самооцінка, поступливість, контроль, уникнення), що відображають порушення меж, самооцінки та регуляції близькості (CoDA, 2019).

У свою чергу, Т. L. Cermak розглядає співзалежність як окремий розлад і пропонує відповідні діагностичні критерії, що включають гіперорієнтацію на інших, порушення меж, заперечення, емоційну дисрегуляцію, компульсивні патерни та інші клінічні прояви.

J. Orford та інші пропонують модель «Стрес–Напруга–Копінг–Підтримка» (англ. Stress-Strain-Coping-Support – SSCS) до розуміння досвіду родичів узалежнених осіб, розглядаючи співзалежність як природну реакцію на хронічний стрес, а не особистісну патологію. SSCS обґрунтовує динамічний взаємозв'язок між стресорами, психологічною напругою, стратегіями копінгу та соціальною підтримкою, яка функціонує як буфер для збереження здоров'я і благополуччя членів родини (Orford et al., 2010).

Загалом, у науковій літературі спостерігається широкий спектр визначень співзалежності, що спираються на різні базові механізми. Зокрема, О. Савчук, узагальнюючи існуючі підходи, виділяє такі інтерпретації співзалежності: «хвороблива прив'язаність», «надмірна стурбованість», «адикція відносин», «психологічний стан», «комплекс особливих рис характеру», «набір засвоєних норм поведінки» (Савчук, 2005).

Підсумовуючи, можна констатувати, що поняття співзалежності характеризується значною концептуальною неоднорідністю та не існує хоч якогось єдиного чіткого розуміння поняття співзалежність. У різних підходах та у різних спеціалістів воно трактується на рівні механізмів як:

- гіпертрофована нормативна реакція стурбованості за близького;
- реакція на специфічний стрес (stress–strain model) (Orford et al., 2010);
- дисфункційний тип міжособистісних відносин (Bowen, 1978; O'Farrell & Clements, 2012);
- тривожний розлад (Dear et al., 2005; Fuller & Warner, 2000);
- компенсаторна стратегія підтримки самооцінки (Anderson, 1994; Crocker & Wolfe, 2001);
- набір рис характеру (Whitfield, 1989) або прояв розладів особистості (найчастіше вказується залежний розлад особистості);

- форма адикції стосунків (Schaef, 1986);
- окремий психічний розлад (Cermak, 1986);
- у крайніх інтерпретаціях окремі прояви співзалежності можуть розглядатися як реактивні психотичні стани або, навпаки, як прояви ендогенних психотичних розладів.

Наведений спектр підходів свідчить не лише про різноманітність інтерпретацій співзалежності, а й про їхню належність до принципово різних рівнів психологічного аналізу. Ми бачимо, що одні підходи пояснюють співзалежність як нормативну або гіпертрофовану реакцію на стрес, інші — як дисфункційний патерн міжособистісної взаємодії, треті — як прояви індивідуальної психопатології (тривожних або особистісних розладів), а четверті — як форму адиктивної поведінки чи навіть окремий психічний розлад. Таким чином, під одним терміном об'єднуються явища, що належать до різних рівнів опису — від ситуативних реакцій до стабільних особистісних характеристик і клінічних розладів. Це свідчить не лише про концептуальну неоднорідність, але й про відсутність єдиного об'єкта, який міг би бути позначений терміном «співзалежність».

По суті, ми маємо вже описану К. Calderwood та А. Rajesparam проблему: з одного боку, співзалежність є популярним і часто корисним у практиці поняттям, а з іншого — клінічно непридатним. Це створює дихотомічну ситуацію, у якій необхідно або відмовитися від усталеного практичного терміна (що мало ймовірно з огляду на його поширеність), або використовувати клінічно інкогерентне поняття (що є неприйнятним для клінічної та академічної спільноти). У зв'язку з цим постає питання: чи можливо «врятувати» поняття співзалежності, задовольнивши обидві позиції? Така ситуація свідчить про необхідність переосмислення самого поняття співзалежності.

### ***Патогенез співзалежності як реакції на хворобу близького***

Можливе вирішення окресленої проблеми вбачається, по-перше, у відмові від трактування співзалежності як стабільної особистісної характеристики та її переосмисленні як поведінкового патерну взаємодії. По-друге, пропонується повернення до «класичного» підходу, у межах якого співзалежність розглядається як патологічний розвиток реакції на узалежнення близької людини (або, у ширшому контексті, на інші психічні розлади чи загалом хворобу близького). У цьому сенсі співзалежність доцільно концептуалізувати як «співзалежну реакцію на хворобу (адикцію) близького» або як «синдром співзалежної реакції на хворобу (адикцію) близького» у її патологічному варіанті. Інші механізми, що описуються в літературі як основні, у цьому підході доцільно розглядати як підтримуючі або модифікуючі фактори, а не як специфічні механізми співзалежності в сенсі реакції на хворобу, та відносяться до співзалежних особистісних патернів.

Далі, відповідно до класичної психопатологічної традиції диференціації рівнів психічної організації, пропонується виділити чотири рівні вираженості співзалежної поведінки: умовно-нормативний (загострена норма), невротичний,

межовий та психотичний. Такий підхід дозволяє розглядати співзалежну поведінку не як однорідний феномен, а як континуум, що варіює за глибиною залучення особистісних структур і ступенем дезадаптації.

#### *Умовно-нормативний рівень*

Життєві труднощі, хвороба або інші нещастя близької людини закономірно викликають у іншої людини переживання та автентичне бажання допомоги. Така реакція є проявом емпатії та здатності до співпереживання і сама по собі не є патологічною. Ситуація хімічного узалежнення близького не є принципово відмінною і також викликає подібні реакції. У цьому випадку співзалежна поведінка може проявлятися на рівні загостреної норми. За формою вона є подібною до поведінки піклування в інших складних життєвих обставинах (наприклад, при тяжкій хворобі або інвалідності). Водночас у випадку узалежнення така підтримка часто має парадоксальний ефект і може сприяти збереженню патернів зловживання.

#### *Невротичний рівень*

На невротичному рівні співзалежна поведінка пов'язана з фіксацією тривоги за стан близької людини. Первинно реакція тривоги є ситуаційно обумовленою, однак з часом вона може генералізуватися і втрачати зв'язок із реальними змінами в поведінці близького. У цьому сенсі співзалежну поведінку можна частково інтерпретувати через призму тривожних розладів, зокрема як ОКР-подібний патерн із нав'язливою зосередженістю на іншому та компульсивними спробами контролю. Важливою особливістю є те, що базовий страх спрямований не на себе, а на іншу людину, що зумовлює виникнення вираженого почуття провини при спробах зниження тривоги. Це створює додаткові труднощі у психотерапевтичній роботі та потребує спеціального врахування.

#### *Межовий рівень*

Значну частину випадків співзалежної поведінки необхідно віднести до межової області між невротичним спектром розладів та психотичними розладами, тобто до межового рівня. З одного боку, в більшості випадків співузалежнена поведінка виявляється набагато більш вкоріненою в особистість людини та привносить набагато сильніші десоціалізуючі наслідки, ніж прості неврози (порівняти з «середньо-статистичним» випадком співузалежненої поведінки за стилем, напевно, можна тільки комплексний ПТСР). З іншого боку, хоча відверті психотичні випадки співузалежненої поведінки і трапляються, але не є хоч-якось переважаючими. Психотерапевти психоаналітичної парадигми віднесли би більшість випадків осіб зі співузалежненою поведінкою до межової структури особистості. З погляду психіатричної парадигми, в більшості випадків співузалежненої поведінки ми маємо справу з розладами особистості тієї чи іншої важкості, що лежать в її основі.

Далі, якщо брати за основу підхід розладів особистості, то необхідно виділяти ті розлади, що мають екстернальну спрямованість поведінки, яких по суті є більшість. Так, зі списку DSM-5, ми можемо виділити наступні розлади

особистості, які в тій чи іншій мірі мають співзалежнену поведінку як свою іманентну характеристику: параноїдний, антисоціальний, межовий, гістріоний, нарцисичний, залежний, обсессивно-компульсивний. Не схильні до формування співзалежненої поведінки тільки шизоїдний, шизотиповий та уникаючий розлад особистості. Ще можна виділити депресивно-мазохістичний розлад особистості (або депресивний та мазохістичний розлади особистості), що не увійшов до DSM-5 не дивлячись на тиск відомих фахівців (зокрема О.Кернберга), але є достатньо популярною діагностичною одиницею серед психотерапевтів та що також іманентно містить у собі патерн співзалежненої поведінки.

Тобто, типи співзалежненої поведінки межового рівня, можна класифікувати у відповідності з добре відомими поведінковими патернами відповідних розладів особистості: параноїдного, антисоціального, межового, гістріонного, нарцисичного, залежного, обсессивно-компульсивного, депресивно-мазохістичного. Спростити таку класифікацію можна поділивши розлади особистості тільки на дві групи – що мають у своїй основі нарцисичне ядро (з відповідним холодно-функціональним ставленням до іншого), та що мають у своїй основі депресивне ядро (з відповідно тривожно-невротичним ставленням до іншого). Інакше кажучи, можна виділити дві групи «співзалежнених»: умовно-теплі, з тривожно гіперемпатичним ставленням до іншого («любов, що придушує»), та умовно-холодні, з нарцисично-садистичним ставленням до іншого («жорстка влада»). Друга група має в основі більш важкі розлади особистості, та часто відноситься не до межового рівня прояву, а до психотичного.

Стосунки за співзалежненої поведінки межового рівня будуть характеризуватися механізмами розщеплення, головним чином, між любов'ю та ненавистю, та будуть мати садистично-мазохістичний характер. В один період «співзалежнений» буде повністю вкладатися в стосунки, жертвуючи собою та рятуючи близького від зловживання. Однак через деякий час (найчастіше, коли близький тимчасово кинув вживати), «співзалежнений» переключається на інший бік розщеплення, демонструючи переслідуючу поведінку, провокуючи водночас зрив близького. Такий характер відносин є принципово відмінним від співзалежненої поведінки невротичного рівня – в цьому випадку у разі припиненні вживання близького тривога за його тверезість з часом згасає та стосунки нормалізуються. У межовому випадку, навпаки, стосунки тільки погіршуються – «співзалежнений» пригадує усі образи, демонструє агресивну поведінку та нездатність йти на компроміси. Популярним є описувати такі зміни взаємодії у моделі трикутника Кармпана «Жертва-Переслідувач-Рятівник».

Таку поведінку «співзалеженого» можна розглядати через модель психічної травми, де на одному боці розщеплення відбувається «ідентифікація з агресором», на іншому – «ідентифікація з жертвою». Така психічна травма могла виникнути через самі стосунками зі зловживаючою людиною (наприклад, коли зловживаюча людина чинить за цих умов ще й фізичне або моральне насилля), або бути вже присутньою до цих стосунків (наприклад, коли ми спостерігаємо

такий рівень співзалежної поведінки у матерів до своїх дітей-підлітків). У будь-якому разі «зловживаючий близький» то сприймається як агресор, що активує психологічний захист від нього через злиття та тривожний контроль, то сам «співузалежнений» стає таким агресором.

#### *Психотичний рівень*

На психотичному рівні ідеї контролю та «порятунку» іншого можуть набувати характеру маячних переконань. Такі випадки можуть спостерігатися при тяжких розладах особистості або ендогенних психічних захворюваннях.

#### **Дискусія: психотерапевтичні наслідки**

Терапевтичні наслідки запропонованого підходу полягають у розмежуванні двох напрямів психотерапевтичної роботи: спрямованої на співзалежну реакцію та спрямованої на співзалежні особистісні патерни.

Загальні рекомендації щодо роботи зі співзалежною реакцією можуть бути диференційовані залежно від рівня її вираженості.

На умовно-нормативному рівні психологічна допомога полягає в емпатійному підтримуючому консультуванні, психоосвіті та проясненні впливу рятівної поведінки на зловживання близького. Важливими завданнями є також допомога у прийнятті обмеженості власного впливу та супровід у процесі горювання (як втрати попереднього формату стосунків, так і потенційної втрати близької людини). При цьому нормальна реакція турботи та співпереживання розглядається як прояв здорової емпатії і не потребує патологізації, а навпаки, стратегії нормалізації.

На невротичному рівні психотерапевтична робота в цілому подібна до терапії тривожних розладів та ОКР-подібних станів, однак має суттєву специфіку. Ключовою відмінністю є спрямованість базового страху на іншу людину, що зумовлює виникнення інтенсивного почуття провини при спробах зниження тривоги. У зв'язку з цим терапевтичні інтервенції мають поєднувати роботу з тривожною симптоматикою та опрацювання почуття провини.

На межовому рівні психотерапія співзалежної реакції тісно пов'язана з травмофокусованими підходами та спрямована на роботу з психічною травмою і механізмами розщеплення (зокрема, у дихотомії «любов—ненависть»). У цьому контексті співзалежну поведінку доцільно розглядати в рамках моделі комплексного ПТСР.

На психотичному рівні провідну роль відіграє фармакотерапія, тоді як можливості психотерапевтичного впливу є обмеженими.

Поряд із цим у психотерапевтичній роботі необхідно враховувати індивідуальні співзалежні особистісні патерни. Водночас через їхню значну варіативність неможливо сформулювати універсальні специфічні рекомендації, і робота з ними має будуватися в межах відповідних психотерапевтичних підходів до особистісної патології.

Окремо слід підкреслити, що особи зі співзалежною реакцією потребують уважного та гуманістично орієнтованого ставлення. За рівнем чутливості та емпатії така робота близька до психотерапії ускладненого горювання, з яким

співзалежна реакція має значну спільність механізмів, зокрема у випадках передбачуваного горювання (anticipatory grief).

По своїй суті співзалежну реакцію можна розглядати як своєрідну «пастку» реакції турботи та прив'язаності, що принципово відрізняє її від адиктивної поведінки як форми уникнення («реакції втечі»). У цьому контексті застосування жорстко директивних поведінкових рекомендацій, зокрема підходу «жорсткої любові», який історично сформувався в межах ототожнення співзалежності та адикції, викликає серйозні теоретичні та клінічні заперечення.

З огляду на наведене, використання подібних інтервенцій у роботі зі співзалежною реакцією слід вважати методологічно сумнівним і потенційно шкідливим, оскільки воно може посилювати дистрес, руйнувати терапевтичний альянс і поглиблювати патологічні патерни взаємодії.

## **В**исновки

У проведеному дослідженні було здійснено теоретичний аналіз поняття співзалежності, який виявив його суттєву концептуальну неоднорідність та відсутність єдиного загальноприйнятого визначення. Показано, що в сучасній літературі співзалежність інтерпретується через різні, часто несумісні між собою механізми — від нормативних реакцій на стрес до проявів особистісної патології або окремого психічного розладу.

Встановлено, що різні підходи до визначення співзалежності належать до принципово різних рівнів психологічного аналізу (реактивного, поведінкового, особистісного та нозологічного), що унеможлиблює їх інтеграцію в межах єдиного феномену. Це дозволяє зробити висновок про те, що термін «співзалежність» у його традиційному використанні не позначає чітко окресленого психічного явища.

У зв'язку з цим запропоновано підхід, що передбачає відмову від розгляду співзалежності як стабільної особистісної характеристики та її переосмислення як співзалежної поведінки — специфічного патерну міжособистісної взаємодії, що включає рятувальництво, контроль і порушення меж.

Паралельно обґрунтовано доцільність повернення до розуміння співзалежності як патологічного розвитку реакції на хворобу близької людини, що дозволяє концептуалізувати її як «синдром реакції на хворобу близького». Показано, що співзалежність формується внаслідок взаємодії двох факторів: реактивної відповіді на стан близького та індивідуальних особистісних патернів, які взаємно підсилюють один одного.

На основі цього підходу запропоновано модель рівнів вираженості співзалежної поведінки (умовно-нормативний, невротичний, межовий та психотичний), що дозволяє диференціювати як механізми формування, так і психотерапевтичні стратегії.

Практичні наслідки роботи полягають у необхідності розмежування терапевтичних підходів, спрямованих на співзалежну реакцію та співзалежні особистісні патерни, а також у критичному перегляді директивних поведінкових

інтервенцій, зокрема підходів типу «жорсткої любові», застосування яких у ряді випадків може бути клінічно необґрунтованим і потенційно шкідливим.

Таким чином, запропонований підхід дозволяє зберегти практичну цінність поняття співзалежності, водночас підвищуючи його теоретичну визначеність і клінічну релевантність, що відкриває перспективи для подальших емпіричних досліджень і розробки більш диференційованих психотерапевтичних моделей.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Анонімні Алкоголіки. (2020). *Анонімні Алкоголіки*. AA World Services.
2. Савчук, О. М. (2005). *Соціально-психологічна корекція стану співзалежних жінок, які зазнали насильства в сім'ї* [Неопубл. дис. канд. психол. наук]. Національний університет «Києво-Могилянська академія».
3. Старков, Д. Ю., & Максимова, Н. Ю. (Ред.). (2023). *Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб: науково-методичний посібник*. 7БЦ.
4. Старков, Д. Ю. (2023). Концепції співузалежнення. У Д. Ю. Старков, & Н. Ю. Максимова (Ред.), *Організація соціально-психологічної реабілітації uzалежнених осіб* (с. 175–189). 7БЦ.
5. Anderson, S. C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work, 39*(6), 677–685.
6. Beattie, M. (1986). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. Hazelden.
7. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
8. Burn, S. M. (2015). *Unhealthy helping: A psychological guide to overcoming codependence, enabling, and dysfunctional helping*. CreateSpace Independent Publishing.
9. Calderwood, K. A., & Rajesparam, A. (2014). A critique of the codependency concept considering the best interests of the child. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 95*(3), 171–178. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.22>
10. Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10524475>
11. Cermak, T. L. (1998). *Diagnosing and treating codependence: A guide for professionals*. Hazelden.
12. CoDA (Co-Dependents Anonymous). (2019) *Am I codependent?* Co-Dependents Anonymous. <https://coda.org/wp-content/uploads/2020/04/Am-I-Co-Dependent-Bro-4002.pdf>
13. Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review, 108*(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
14. Cruse, J., & Wegscheider-Cruse, S. (2012). *Understanding codependency: The science behind it and how to break the cycle*. Health Communications.

15. Dear, G. E., Roberts, C., & Lange, L. (2004). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In S. Shohov (Ed.), *Advances in psychology* (Vol. 34, pp. 189–205). Nova Science Publishers.
16. Frank, L., & Bland, C. (1992). What's in a name? Considering the co-dependent label. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 11(2), 1–14. <https://doi.org/10.1521/jsst.1992.11.2.1>
17. Fuller, J. A., & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5–22.
18. Harper, J., & Capdevila, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(3), 285–292. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472551>
19. Lander, L., Howsare, J., & Byrd, K. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
20. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
21. Nar-Anon Family Groups. (2002). *Nar-Anon: A guide for the family of the addict*. Nar-Anon Family Group Headquarters.
22. Stevenson, A., & Lindberg, C. A. (Eds.). (2010). *New Oxford American dictionary* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acref/9780195392883.001.0001>
23. O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122–144. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x>
24. Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 36–43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
25. Potter-Efron, R. T., & Potter-Efron, P. S. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. In B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp. 19–36). Haworth Press.
26. Schaef, A. W. (1986). *Co-dependence: Misunderstood—mistreated*. Harper & Row.
27. van Wormer, K. (1989). Co-dependency: Implications for women and therapy. *Women & Therapy*, 8(4), 51–63. [https://doi.org/10.1300/j015v08n04\\_04](https://doi.org/10.1300/j015v08n04_04)
28. Weinhold, B. K., & Weinhold, J. B. (2008). *Counter-dependence: Breaking the cycle of codependency*. New World Library.
29. Whitfield, C. L. (1989). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Health Communications.

## REFERENCES

1. Anderson, S. C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39(6), 677–685.

2. Anonymous Alcoholics. (2020). *Anonimni Alkoholiky* [Alcoholics Anonymous]. AA World Service. [in Ukrainian]
3. Beattie, M. (1986). *Codependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself*. Hazelden.
4. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
5. Burn, S. M. (2015). *Unhealthy helping: A psychological guide to overcoming codependence, enabling, and dysfunctional helping*. CreateSpace Independent Publishing.
6. Calderwood, K. A., & Rajesparam, A. (2014). A critique of the codependency concept considering the best interests of the child. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95(3), 171–178. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.22>
7. Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1), 15–20. <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10524475>
8. Cermak, T. L. (1998). *Diagnosing and treating codependence: A guide for professionals*. Hazelden.
9. CoDA (Co-Dependents Anonymous). (2019) *Am I codependent?* Co-Dependents Anonymous. <https://coda.org/wp-content/uploads/2020/04/Am-I-Co-Dependent-Bro-4002.pdf>
10. Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108(3), 593–623. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.3.593>
11. Cruse, J., & Wegscheider-Cruse, S. (2012). *Understanding codependency: The science behind it and how to break the cycle*. Health Communications.
12. Dear, G. E., Roberts, C., & Lange, L. (2004). Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In S. Shohov (Ed.), *Advances in psychology* (Vol. 34, pp. 189–205). Nova Science Publishers.
13. Frank, L., & Bland, C. (1992). What's in a name? Considering the co-dependent label. *Journal of Strategic & Systemic Therapies*, 11(2), 1–14. <https://doi.org/10.1521/jsst.1992.11.2.1>
14. Fuller, J. A., & Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5–22.
15. Harper, J., & Capdevila, C. (1990). Codependency: A critique. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(3), 285–292. <https://doi.org/10.1080/02791072.1990.10472551>
16. Lander, L., Howsare, J., & Byrd, K. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
17. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
18. Nar-Anon Family Groups. (2002). *Nar-Anon: A guide for the family of the addict*. Nar-Anon Family Group Headquarters.
19. Savchuk, O. M. (2005). *Sotsialno-psykholohichna korektsiia stanu spivzalezhnykh zhinok, yaki zaznaly nasylstva v simi* [Socio-psychological correction of the state

- of codependent women who experienced domestic violence] [Unpublished doctoral dissertation]. National University of Kyiv-Mohyla Academy. [in Ukrainian]
20. Starkov, D. Yu., & Maksymova, N. Yu. (Eds.). (2023). *Orhanizatsiia sotsialno-psykholohichnoi rehabilitatsii uzalezhenykh osib: naukovo-metodychnyi posibnyk* [Organization of socio-psychological rehabilitation of addicted individuals: Scientific and methodological manual]. 7BTs. [in Ukrainian]
  21. Starkov, D. Yu. (2023). Kontseptsii spivuzalezhenia [Concepts of codependency]. In D. Yu. Starkov & N. Yu. Maksymova (Eds.), *Orhanizatsiia sotsialno-psykholohichnoi rehabilitatsii uzalezhenykh osib* (pp. 175–189). 7BTs. [in Ukrainian]
  22. Stevenson, A., & Lindberg, C. A. (Eds.). (2010). *New Oxford American dictionary* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acref/9780195392883.001.0001>
  23. O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 122–144. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x>
  24. Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 36–43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>
  25. Potter-Efron, R. T., & Potter-Efron, P. S. (1989). Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. In B. Carruth & W. Mendenhall (Eds.), *Co-dependency: Issues in treatment and recovery* (pp. 19–36). Haworth Press.
  26. Schaef, A. W. (1986). *Co-dependence: Misunderstood—mistreated*. Harper & Row.
  27. van Wormer, K. (1989). Co-dependency: Implications for women and therapy. *Women & Therapy*, 8(4), 51–63. [https://doi.org/10.1300/j015v08n04\\_04](https://doi.org/10.1300/j015v08n04_04)
  28. Weinhold, B. K., & Weinhold, J. B. (2008). *Counter-dependence: Breaking the cycle of codependency*. New World Library.
  29. Whitfield, C. L. (1989). *Healing the child within: Discovery and recovery for adult children of dysfunctional families*. Health Communications.

### **Відомості про автора**

Денис СТАРКОВ, кандидат психологічних наук, науковий співробітник лабораторії кіберпсихології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна

*Denys Starkov, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Cyberpsychology of G.S. Kostyuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

E-mail: [votr@ukr.net](mailto:votr@ukr.net)