

# DYSFUNCTIONAL SYMPTOM INTENSITY IN WIVES OF ALCOHOLICS AS MEASURED BY THE EMOTIONAL DEPENDENCY QUESTIONNAIRE (EDQ)

## NASILENIE OBJAWÓW DYSFUNKCYJNYCH U ŻON ALKOHOLIKÓW MIERZONE KWESTIONARIUSZEM ZALEŻNOŚCI EMOCJONALNEJ (KZE)

Andrzej Margasiński 

Chair of Psychology, Faculty of Social Sciences, Jan Długosz University of Humanities and Life Sciences, Częstochowa, Poland

*Katedra Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Polska*

Alcohol Drug Addict 2022; 35 (1): 43-66  
DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2022.118642>

### Abstract

**Introduction:** The paper outlines the work on creating the Emotional Dependency Questionnaire, a new research tool designed to measure various characteristics and behaviours resulting from married/partner relation difficulties, particularly in reference to the wives of alcoholics. The project was undertaken due to the numerous conceptual difficulties connected with the so-called co-dependency and diagnostic difficulties in identifying areas of dysfunction of alcoholics' wives.

**Material and methods:** Based on the literature review in the self-model, six variables/research scales have been extracted concerning: Need of Control, Lower Self-Esteem, Anxiety, Anger, Denial and Social Isolation. Psychometric verifications showed high Cronbach's  $\alpha$  reliability indicators. In the scope of the construct validity analyses, confirmatory fac-

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** W artykule przedstawiono prace nad stworzeniem nowego narzędzia badawczego – *Kwestionariusza Zależności Emocjonalnej* przeznaczonego do pomiarów różnych cech i zachowań wynikających z trudności w relacjach małżeńskich/partnerskich, szczególnie w odniesieniu do żon alkoholików. Projekt podjęto ze względu na liczne trudności koncepcyjne związane z tzw. współzależnością i trudności diagnostyczne w określaniu obszarów dysfunkcji żon alkoholików.

**Materiał i metody:** Na podstawie przeglądu literatury w modelu własnym wyodrębniono sześć zmiennych/skal badawczych: Potrzeba kontroli, Obniżone poczucie własnej wartości, Lęk, Złość, Zaprzeczanie i Izolacja społeczna. Weryfikacje psychometryczne wykazały wysokie wskaźniki rzetelności  $\alpha$  Cronbacha. W zakresie analiz trafno-

**Correspondence to/Adres do korespondencji:** Andrzej Margasiński, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Wydział Nauk Społecznych, Katedra Psychologii, ul. Waszyngtona 4/8, 42-200 Częstochowa, phone: +48 34 3784297; e-mail: a.margasinski@ujd.edu.pl

No ghostwriting and guest authorship declared./Nie występują zjawiska *ghostwriting* i *guest authorship*.

**Submitted/Otrzymano:** 30.03.2022 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 08.06.2022

© 2022 Institute of Psychiatry and Neurology. Production and hosting by Termedia sp. z o.o.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

tor analysis (CFA) indicated that the tested model fits data obtained from the examined Polish sample sufficiently.

**Results:** Comparative studies were carried out on trials  $N = 157$  in the research group of wives of alcoholics and  $N = 143$  in the group of the wives of non-alcoholics. These indicated statistically significant differences in all the researched scales and the group of alcoholics' wives achieved the highest scores in terms of the Lower Self-Esteem.

**Discussion:** The results confirm the reports pointing to adaptation problems and dysfunctional behaviours experienced by the wives of alcoholics. Subsequent studies should cover a wider population of alcoholics' wives, including those who do not participate in therapy.

**Conclusions:** The Emotional Dependency Questionnaire seems to be a useful tool for both individual and group research; it can also be useful in targeting therapy goals for the wives of alcoholics.

**Keywords:** Co-dependency, Wives of alcoholics, Alcoholic families, Emotional dependency, Research questionnaires.

ści teoretycznej konfirmacyjna analiza czynnikowa wykazała wystarczające dopasowanie testowanego modelu do danych z badanej polskiej próby.

**Wyniki:** Badania porównawcze przeprowadzono na próbach  $n = 157$  w badanej grupie żon alkoholików zrekrutowanych spośród różnych grup terapeutycznych oraz  $n = 143$  w grupie żon niealkoholików. Wykazały one różnice statystycznie istotne we wszystkich badanych skalach. Grupa żon alkoholików osiągnęła najwyższe wyniki w zakresie Obniżonego poczucia własnej wartości.

**Omówienie:** Wyniki potwierdzają doniesienia wskazujące na problemy adaptacyjne i dysfunkcyjne zachowania żon alkoholików. Kolejne badania powinny objąć szerszą populację żon alkoholików, także nieuczestniczących w terapii.

**Wnioski:** *Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej* wydaje się narzędziem użytecznym zarówno do badań indywidualnych, jak i grupowych, może być pomocny w ukierunkowaniu celów terapii żon alkoholików.

**Słowa kluczowe:** współzależnienie, żony alkoholików, rodziny alkoholowe, zależność emocjonalna, kwestionariusze badawcze.

## ■ INTRODUCTION

The functioning of families with alcohol dependence problems represents a broad strand of research, as do attempts to describe individual members of these families. In this text, the focus is on the wives of alcoholics. In the last few decades, they have been described most often through the prism of so-called co-dependency, which is highly controversial and poses a research challenge in itself. The lack of a unified nosological model and persistent descriptive ambiguity have led to the concept of co-dependency being questioned. There are three lines of criticism: the imprecision and ambiguity of the concept [1-6], cross-cultural limitations [7-9] and feminist positions [3, 10, 11]. The varied findings [12-18] and the extent of descriptive difficulties make it highly doubtful that co-dependency will ever be a recognised disease entity included in official nosological classifications. It is not included in either the DSM-5 or the ICD-11. It seems that the way to deepen knowledge about families

## ■ WPROWADZENIE

Funkcjonowanie rodzin z problemem uzależnienia od alkoholu stanowi szeroki nurt badawczy, podobnie jak próby opisanie poszczególnych członków tych rodzin. W niniejszej pracy uwagę skupiono na żonach alkoholików. W ostatnich kilkudziesięciu latach są one opisywane najczęściej przez pryzmat tzw. współzależnienia, co budzi liczne kontrowersje i stanowi swoiste wyzwanie badawcze. Brak ujednoczonego modelu nozologicznego i utrzymująca się wieloznaczność opisowa spowodowały, że koncepcja współzależnienia jest kwestionowana. Można tu wyodrębnić trzy kierunki krytyki – z powodu nieprecyzyjności i wieloznaczności pojęcia [1-6], z powodu ograniczeń międzykulturowych [7-9] oraz z pozycji feministycznych [3, 10, 11]. Zróżnicowane wyniki badań [12-18] i zakres trudności opisowych każą mocno wątpić, że współzależnienie doczeka się statusu jednostki chorobowej i umieszczenia w oficjalnych klasyfikacjach nozologicznych. Nie figuruje ani w DSM-5, ani w ICD-11. Jak się wydaje, nasza droga do pogłę-

with dependence problem and wives of alcoholics does not lead through building another model of co-dependence, but focusing on specific research and the refinement of diagnostic criteria and tools to characterise the wives of alcoholics. There is a lack of research tools for the analysis of clinical symptoms reported by women living in difficult relationships with alcohol dependent persons. This was also the author's aim when undertaking this research project. The research question was whether the wives of alcoholics differ from those of non-alcoholics in terms of selected clinical criteria associated with living in a toxic relationship. This required the construction of an adequate research instrument named the Emotional Dependency Questionnaire (EDQ). Thus, the aim of this project was, firstly, to undertake the development of a new tool to investigate the highlighted clinical symptoms associated with wives/partners that may arise and be exacerbated by living in a system dominated by the husband's/partner's alcohol dependence (or living in another dysfunctional family/partner system). Secondly, the project envisaged an empirical comparison between a group of wives of alcoholics and a control group, and in this respect significant statistical differences were expected. According to Bornstein's concept of interpersonal dependency [19], which treats dependence as a continuum from dysfunctional detachment, through healthy dependency to destructive overdependence. In the present study, overdependence is understood in the latter sense. According to the Bornstein model, destructive overdependence correlates strongly with the underlying dependent personality pattern [20], as in the DSM-5, which should suggest a number of implications for identifying the main measurement variables. In addition, there is a broad strand of analyses of non-adaptive dependence [21, 22]; however, studies of so-called co-dependency and wives of alcoholics have been more heavily weighted in the work to operationalise the scales of the EDQ. The traditional description of emotional overdependence is most often associated with seeking relationships that provide support, over-reliance on the opinions of others, abdication of responsibility, low self-esteem and lack of confidence in acting independently, tendencies to meet the expectations of others even at the expense of meeting one's own needs, high anxiety,

bienia wiedzy o rodzinach z problemem uzależnienia i żonach alkoholików wiedzie nie przez budowę kolejnego modelu współzależnienia, lecz przez skupienie się na badaniach szczegółowych oraz doskonaleniu kryteriów i narzędzi diagnostycznych służących charakterystyce żon alkoholików. Brakuje narzędzi badawczych koncentrujących się na analizie objawów klinicznych zgłaszanych przez kobiety żyjące w trudnych związkach z osobami uzależnionymi od alkoholu. Taki też cel przyświecał autorowi w momencie podejmowania tego projektu badawczego. Postawiono pytanie badawcze, czy żony alkoholików różnią się od żon niealkoholików pod względem wybranych kryteriów klinicznych związanych z życiem w toksycznym związku. Wymagało to skonstruowania adekwatnego narzędzia badawczego, nazwanego *Kwestionariuszem Zależności Emocjonalnej (KZE)*. Celem tego projektu było więc po pierwsze – podjęcie pracy nad nowym narzędziem do badania wyróżnionych objawów klinicznych, które mogą powstawać i nasilać się u żon/partnerek na skutek życia w systemie zdominowanym przez uzależnienie od alkoholu męża/partnera (lub życia w innym dysfunkcyjnym układzie rodzinnym/partnerskim). Po drugie, projekt przewidywał empiryczne porównanie grupy żon alkoholików z grupą kontrolną i w tym zakresie spodziewano się uzyskania istotnych różnic statystycznych. Zgodnie z koncepcją zależności interpersonalnej Bornsteina [19], traktującą zależność jako kontinuum – od dysfunkcyjnego odłączenia przez zdrową zależność do nadmiernej, destrukcyjnej zależności. W niniejszej pracy jest ona rozumiana w tym ostatnim znaczeniu. Zgodnie z modelem Bornsteina destrukcyjna zależność silnie koreluje z bazowym wzorcem osobowości zależnej [20], podtrzymanym w DSM-5, co powinno sugerować szereg skutków w wyodrębnieniu głównych zmiennych pomiarowych. Ponadto istnieje szeroki nurt analiz nieadaptacyjnej zależności [21, 22], niemniej w pracach nad operacjonalizacją skal KZE w większym stopniu zaważyły badania nad tzw. współzależnieniem i żonami alkoholików. Pozostając przy tradycyjnym opisie nadmiernej zależności emocjonalnej, to najczęściej jest ona wiązana z takimi cechami, jak poszukiwanie związków dających oparcie, przesadne poleganie na opiniach innych, pozbywanie się odpowiedzialności, niska samoocena i brak wiary w samodzielne działanie, tendencje do spełniania oczekiwań innych, nawet kosztem zaspokojenia własnych potrzeb, wysoki

insecure attachment, rigidity and low flexibility in relationships. Suwalska-Barancewicz [21] presented a wide panorama of variables included in this syndrome. It seems that most of the traits associated with emotional overdependence are in correlation with the traits/scales included in the EDQ and for these reasons, although essentially *a priori*, this tool was called an “emotional dependency” questionnaire. This should also be a direction for more detailed research in the future.

### Areas of dysfunctionality and their measurement in wives of alcoholics

Relying on the picture of co-dependency emerging from the work of therapists describing “toxic” relationships leads us into a trap because this picture will provide us with dozens of diagnostic criteria, without a clear division between main and secondary symptoms. To refer to the overly numerous definitions of co-dependency would greatly increase the scope of this paper, and Bacon [23] has done so exhaustively. Therefore I will focus here on the characteristics and criteria of women defined as co-dependent, emerging from concepts related to the construction of several measurement tools developed since the 1980s. The emergence of scales to measure co-dependence makes it possible to trace the variables that researchers consider characteristic of the wives of alcoholics.

Among the first tools must be the Acquaintance Description Form-C5 (ADF-5) [24]. The tool focuses on relationships, particularly dysfunctional relationship patterns. The first version was developed in 1983 and the latest fifth version in 1995. The current form of the scale contains 85 statements relating to the main characteristics of co-dependency, which, according to the authors, Wright and Wright, include relationship commitment, emotional quality of the relationship, direct benefits of the relationship, tension/strain in the relationship, worth dependency/fear of abandonment/jealousy in the relationship, control and denial in the relationship. Also in the 1980s, Friel [25] developed the Codependency Assessment Inventory (CAI). According to Bacon [23], it was primarily used for clinical research and focused on assessing levels of self-care, perfectionism, boundaries in relationships, family of origin characteristics, intimacy and physical health, among others. According to Fuller and Warner [26], this test did not

poziom niepokoju, pozabezpieczne przywiązanie, sztywność i niska elastyczność w relacjach. Szeroką panoramę zmiennych zaliczanych do tego syndromu przedstawiła Suwalska-Barancewicz [21]. Wydaje się, że większość cech wiązanych z nadmierną zależnością emocjonalną pozostaje w korelacji z cechami/skalami zaliczonymi do KZE i z tych powodów, choć zasadniczo *a priori*, nazwano to narzędzie kwestionariuszem „zależności emocjonalnej”. W przyszłości powinien to być także kierunek bardziej szczegółowych badań.

### Obszary dysfunkcyjności i ich pomiar u żon alkoholików

Bazowanie na obrazie współzależnienia, jaki wyłania się z prac terapeutów opisujących „toksyczne” związki, sprawia, że wpadamy w swoistą pułapkę – obraz taki dostarczy nam bowiem kilkadziesiąt kryteriów diagnostycznych, bez wyraźnego podziału na objawy główne i drugorzędne. Zreferowanie nader licznych definicji współzależnienia znacznie zwiększyłoby zakres tego opracowania – zrobiła to wyczerpująco Bacon [23]. Skupię się tutaj na cechach i kryteriach kobiet określanych jako współzależnione, wyłaniających się z koncepcji związanych z budową kilkunastu narzędzi pomiarowych tworzonych od lat 80. Powstawanie skal do pomiaru współzależnienia pozwala prześledzić zmienne, które badacze uznawali za charakterystyczne dla żon alkoholików.

Do pierwszych narzędzi trzeba zaliczyć *Acquaintance Description Form-C5* (ADF-5) [24]. Narzędzie koncentruje się na relacjach, zwłaszcza dysfunkcyjnych wzorcach powiązań. Pierwsza wersja powstała w 1983 r., a ostatnia, piąta w 1995 r. Obecna postać skali zawiera 85 stwierdzeń odnoszących się do głównych cech współzależnienia, do których zdaniem autorów – Wrighta i Wright – należą: zaangażowanie w relacje, jakość emocjonalna związku, bezpośrednie korzyści ze związku, napięcie/wysiłek w związku, wartość zależności/strach przed porzuceniem/zazdrość w związku, kontrola i zaprzeczanie w związku. Także w latach 80. Friel [25] stworzył *Codependency Assessment Inventory* (CAI). Jak podaje Bacon [23], było to narzędzie wykorzystywane przede wszystkim do badań klinicznych, skoncentrowane na ocenie m.in. poziomów samowystarczalności, perfekcjonizmu, granic w relacjach, charakterystyki rodziny pochodzenia, intymności, zdrowia fizycznego. Zdaniem Fuller i Warner [26] ten test nie odznaczał się satysfakcjonującym



have satisfactory psychometric development regarding diagnostic reliability and validity. In their opinion, the 33-item Codependency Assessment Questionnaire (CAQ) [27] and a revised shorter version of the Spann-Fischer Codependency Scale [28] had superior psychometric values. The authors, Potter-Efron and Potter-Efron, place co-dependency in a disease model, characterising it as a dysfunctional relationship pattern associated with the misuse of psychoactive substances. It contains 33 items measuring the main features of co-dependency, which include fear, denial, shame, anger, despair, rigidity, sense of identity and confusion. The Spann-Fischer Codependency Scale [28] is a 16-item questionnaire with no subscales and a standardised score. The individual items relate to personality traits and problems like external locus of control, emotional responses, rigidity and relationship problems.

It is noted that, in the late 1980s and early 1990s, other tools were developed, of which a broader description can hardly be found online today: the Kitchens Codependency Test [29], the Co-dependent Relationship Questionnaire [30], the Recovery Potential Survey [31] (after Fuller and Warner [26]).

In the early 1990s, the Holyoake Codependency Index (HCI) was developed [32]. Dear and Roberts identified 3 scales to measure the main characteristics of co-dependency: self-sacrifice – understood as the tendency to give more importance to other people's needs, external focus – the tendency to pay attention to other people's views about oneself and to make one's own self-esteem dependent on the views and approval of others, reactivity – understood as the tendency to influence the behaviour of others. In the Beck Codependence Assessment Scale questionnaire [33], 3 measurement scales were distinguished: control, social concern and family conflict. The Codependency Inventory (CDI) [34] is a relatively short, 17-item questionnaire that focuses on interpersonal relationships by addressing characteristics such as care taking, external locus of control, surrendering self to connect, communication problems and lack of autonomy and obtaining self-esteem through the approval of others. The Codependent Questionnaire (CdQ) [35] contains 4 scales (36 items) characterising the level of co-dependency: responsibility, control, enmeshment and intimacy.

opracowaniem psychometrycznym dotyczącym rzetelności i trafności diagnostycznej. Ich zdaniem lepsze wartości psychometryczne miała 33-itemowa skala *Codependency Assessment Questionnaire* (CAQ) [27] oraz poprawiona krótsza wersja *Spann-Fischer Codependency Scale* [28]. Autorzy, Potter-Efron i Potter-Efron, umieszczają współzależnienie w modelu chorobowym, charakteryzując je jako dysfunkcyjny wzór relacji związany z niewłaściwym używaniem substancji psychoaktywnych. Zawiera 33 pozycje mierzące główne cechy współzależnienia, do których zaliczono: strach, zaprzeczenie, wstyd, gniew, rozpacz, sztywność, poczucie tożsamości i dezorientację. *Spann-Fischer Codependency Scale* [28] to kwestionariusz zawierający 16 pozycji, bez podskal, z ujednoliconym wynikiem. Poszczególne pozycje dotyczą takich cech osobowości i problemów, jak: zewnętrzne poczucie kontroli, reakcje emocjonalne, sztywność, a także problemy związane z relacjami.

Dla porządku odnotujemy, że na przełomie lat 80. i 90. powstały też inne narzędzia, których szerszy opis trudno dziś znaleźć online: *A Codependency Test Kitchensa* [29], *Co-dependent Relationship Questionnaire* [30], *Recovery Potential Survey* [31] (za: Fuller i Warner [26]).

Na początku lat 90. powstał *Holyoake Codependency Index* (HCI) [32]. Dear i Roberts wyodrębnili 3 skale do pomiaru głównych cech współzależnienia: samopoświęcenie – rozumiane jako tendencja do przykładania większej wagi do potrzeb innych ludzi; zogniskowanie zewnętrzne – tendencja do zwracania uwagi na poglądy innych ludzi na własny temat i uzależnianie własnej wartości od poglądów i akceptacji ze strony innych; reaktywność – rozumiana jako tendencja do wpływania na zachowania innych. W kwestionariuszu *Beck Codependence Assessment Scale* [33] wyodrębniono 3 skale pomiarowe: kontroli, obaw społecznych i konfliktów rodzinnych. *Codependency Inventory* (CDI) [34] jest stosunkowo krótkim, 17-pozycyjnym kwestionariuszem koncentrującym się na relacjach interpersonalnych przez odniesienie do takich charakterystyk, jak: postawa opiekuńcza, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, tendencja do podporządkowywania się, problemy komunikacyjne i brak autonomii, uzależnienie poczucia własnej wartości od akceptacji innych. *Codependent Questionnaire* (CdQ) [35] zawiera 4 skale (36 pozycji) charakteryzujące poziom współzależnienia. Są to: odpowiedzialność, kontrola, splątanie i intymność.

The Codependency Assessment Tool (CODAT) [36] is a tool developed from the early concepts of Wegscheider-Cruse and Cruse [37]. This multidimensional, 153-item, scale conceptualises co-dependency through 5 factors: focus on others/self-neglect, self-esteem, hidden self, medical problems and family of origin problems. The IDAHO Codependency Scale [38] is a tool mainly for clinical use, capturing co-dependency through the lens of dysfunctional relationship patterns. A more recent tool is the Composite Codependency Scale (CCS) [15] developed by Australian researchers, a 19-item questionnaire that is a modified and improved version of the Holyoake Codependency Index. Using exploratory factor analysis, the authors distinguished 3 factors: self-sacrifice, interpersonal control and emotional suppression. The scale has good psychometric values regarding reliability and validity. A study of a group of women attending CoDA meetings showed that higher scores on the CCS scales were significantly associated with higher levels of depression, anxiety, stress and family dysfunction and lower levels of narcissistic tendencies, self-esteem and emotional expression. The CCS seems to be gaining quite a bit of popularity, a Turkish adaptation has been published [39] and Norwegian researchers have developed 9-item Shortened Composite Codependency Scale [40].

As can be seen, the individual tools differ significantly in their emphasis on the examined variables considered to be the most important in the characteristics of co-dependency. Despite the functioning of more than a dozen measurement tools, it is difficult to say that they contribute to a unified concept. As Bacon [23] argues, and it is difficult to disagree, the concept of co-dependency is a kind of chameleon, taking many forms and fitting into different theoretical frameworks. This review suggests that the focus should not be on building another model of co-dependence, but simply on studying the wives of alcoholics.

### Own model assumptions

As shown above, the concept of co-dependence includes a wide range of variables - both at a theoretical level and as a result of empirical study reviews [41]; this concept has not yet gained to the symptoms defined as main, axial or primary. For this reason, any selection of studied

*Codependency Assessment Tool* (CODAT) [36] jest narzędziem opracowanym na podstawie wczesnych koncepcji Wegscheider-Cruse i Cruse [37]. Ta wielowymiarowa, 153-pozycyjna skala konceptualizuje współzależnienie przez 5 czynników: uwaga na innych/zaniedbywanie siebie, poczucie własnej wartości, ukrywanie własnego „ja”, problemy zdrowotne i problemy związane z rodziną pochodzenia. *IDAHO Codependency Scale* [38] jest narzędziem głównie do zastosowań klinicznych, ujmuje współzależnienie przez pryzmat dysfunkcyjnych wzorów relacji. Ostatnim, najnowszym narzędziem jest opracowany przez australijskich badaczy *Composite Codependency Scale* (CCS) [15] – 19-itemowy kwestionariusz będący zmodyfikowaną i ulepszoną wersją *Holyoake Codependency Index*. W wyniku zastosowania eksploracyjnej analizy czynnikowej autorzy wyróżnili 3 czynniki: samopoświęcenie, kontrolę interpersonalną i tłumienie emocji. Skala ma dobre wartości psychometryczne dotyczące rzetelności i trafności. Badania grupy kobiet uczęszczających na mityngi CoDA wykazały, że wyższe wyniki w skalach CCS były istotnie związane z wyższym poziomem depresji, lęku, stresu i dysfunkcji rodzinnych oraz niższym poziomem tendencji narcystycznych, samooceny i ekspresji emocjonalnej. Wydaje się, że CCS zyskuje dość dużą popularność, pojawiła się adaptacja turecka [39], a badacze norwescy utworzyli 9-itemową wersję narzędzia – *Shortened Composite Codependency Scale* [40].

Jak widać, poszczególne narzędzia w istotny sposób różnią się między sobą w akcentowaniu badanych zmiennych, uważanych za najważniejsze w charakterystykach współzależnienia. Pomimo funkcjonowania kilkunastu narzędzi pomiarowych nie przyczyniły się one do ujednoczenia koncepcji. Jak twierdzi Bacon [23], a trudno się z tą opinią nie zgodzić, koncepcja współzależnienia jest swoistym kameleonem, przybiera wiele form i mieści się w różnych ramach teoretycznych. Ten przegląd sugeruje, aby nie skupiać się na budowie kolejnego modelu współzależnienia, lecz po prostu na badaniu żon alkoholików.

### Założenia modelu własnego

Jak wykazano powyżej, w przypadku koncepcji współzależnienia obserwujemy duże zróżnicowanie zmiennych – zarówno na poziomie teoretycznym, jak i w wyniku przeglądu badań empirycznych [41]; ten koncept nie doczekał się objawów określanych jako główne, osiowe czy

variables will be tainted by subjectivity. Analysis of the subject literature and experience of working with wives of alcoholics has encouraged the author to distinguish variables that seem to significantly differentiate wives of alcoholics from those of non-alcoholics, namely the need of control, lower self-esteem, anxiety, denial, anger and social isolation.

**The need of control.** People with a strong need of control generally seek to control every event in the home and immediate environment, and are uncomfortable with situations in which they have no control over what their husband or partner does. Awareness what is currently going on in their family is sometimes the most important thing for them, and they seek to have a say in key family decisions. Many authors have written about the role and importance of the need of control in wives of alcoholics [24, 28, 31, 34, 35, 42-45].

Lower self-esteem consists of attaching too much importance to the judgement of others, a belief in low self-efficacy, low internal autonomy and externalised control. These people tend to attribute undue weight to judgements made about them by others. They often have doubts about the validity of their decisions and may experience a great deal of hesitation, both before and after decisions are taken. In general, their husband's/partner's uncontrollable behaviour lowers their self-esteem and they may feel that without their husband/partner they would not have been able to cope in life. It is not uncommon for them to feel inferior to other women. Some authors highlight a strong correlation between lower self-esteem and symptoms of so-called co-dependency [15, 28, 43, 46].

**Anxiety.** Wives of alcoholics often experience states of heightened disquiet and anxiety. The experience of anxiety may appear in relation to the person of the husband/partner, but also take the form of indefinite restlessness and general nervousness. This may be accompanied by trouble sleeping, both falling asleep and getting up and sleep is sometimes shallow, intermittent. They worry about the future, whether their own and that of the whole family [32, 43, 46-49]. Following the distinction introduced by Spielberger *et al.* [50], anxiety is here understood as an ongoing experience, more as a trait than a state.

**Denial.** Individuals with denial tendencies are characterised by ignoring their own problems, pretending that everything is well and under con-

pierwszorzędowe. Z tego powodu każdy wybór badanych zmiennych skażony będzie subiektywnością. Analiza literatury przedmiotu oraz doświadczenia w pracy z żonami alkoholików skłoniły autora do wyróżnienia zmiennych, które wydają się w istotny sposób różnicować żony alkoholików od żon niealkoholików. Są to: potrzeba kontroli, obniżone poczucie własnej wartości, lęk, zaprzeczanie, złość, izolacja społeczna.

**Potrzeba kontroli.** Osoby z silną potrzebą kontroli na ogół starają się kontrolować wszystko, co dzieje się w domu i najbliższym otoczeniu, i źle znoszą sytuacje, w których nie mają wpływu na to, co robi mąż lub partner. Świadomość tego, co aktualnie dzieje się w ich rodzinie, bywa dla nich najważniejsza, starają się mieć udział w kluczowych decyzjach podejmowanych w rodzinie. O roli i znaczeniu potrzeby kontroli u żon alkoholików pisało wielu autorów [24, 28, 31, 34, 35, 42-45].

Obniżone poczucie własnej wartości polega na przywiązywaniu zbyt dużej wagi do oceny innych, przekonaniu o niewielkiej własnej sprawczości, niskiej wewnętrznej autonomii i zewnątrzsterowności. Te osoby przypisują zazwyczaj nadmierne znaczenie ocenom kierowanym pod ich adresem przez innych. Mają często wątpliwości co do słuszności podejmowanych przez siebie decyzji, mogą przeżywać liczne wahania – zarówno przed, jak i po podjęciu decyzji. Na ogół niekontrolowane zachowanie ich męża/partnera wpływa na obniżenie ich poczucia wartości, a jednocześnie może im towarzyszyć przekonanie, że bez męża/partnera nie poradziłyby sobie w życiu. Nierzadko czują się gorsze od innych kobiet. Część autorów podkreśla silną zależność między obniżoną samooceną a objawami tzw. współzależnienia [15, 28, 43, 46].

**Lęk.** Żony alkoholików często przeżywają stany podwyższonego niepokoju i lęku. Doświadczenie lęku może pojawiać się w odniesieniu do osoby męża/partnera, ale także mieć charakter nieokreślonego niepokoju i ogólnej nerwowości. Mogą temu towarzyszyć kłopoty ze snem, zarówno z zasypianiem, jak i wstawaniem, sen bywa płytki, przerywany. Kobiety te martwią się o przyszłość własną i całej rodziny [32, 43, 46-49]. W nawiązaniu do rozróżnienia wprowadzonego przez Spielbergera i wsp. [50] lęk jest tutaj rozumiany jako doświadczenie ciągłe, bardziej w znaczeniu cechy niż stanu.

**Zaprzeczanie.** Jednostki z tendencjami do zaprzeczania charakteryzują się ignorowaniem wła-

trol when, in fact, quite the opposite is true. They lie to themselves and others, downplay the extent of their own problems, tell themselves that things will get better in the future and that the problems they are experiencing are temporary. They hide their domestic problems from acquaintances, friends and family. According to Woititz, the tendency of denial (of the husband's illness, of one's own difficulties, of the family situation) is a fundamental problem for the wives of alcoholics, especially in the pre-therapeutic stage. This view is shared by a number of other authors [24, 42, 51, 52].

Anger is the experience of people who face a lot of frustration in their lives. The cause of their outbursts of anger may be the behaviour of their husband/partner, and it is not uncommon for them to start arguments with him in response to his behaviour. Sometimes they explode with anger or even aggression for no apparent reason, and are generally easily upset. They experience feelings of anger almost every day, and it is easier for them to manifest this feeling than others [27, 42, 44, 46, 52]. Nevertheless, Marks *et al.* [15] indicate that a proportion of the population of wives of alcoholics may be inhibited in expressing anger and fury and suppress emotions. It can be hypothesised that the experience and expression of anger may be strongly differentiated in individuals and correlated with extroversion-introversion dichotomy linked to temperament.

Social isolation. Individuals with a high rate of social isolation feel lonely and sense a lack of support from acquaintances, friends and family [36]. They avoid inviting their friends and acquaintances to their home, do not accept invitations and do not socialise. Sometimes they meet friends outside the home instead of at home with their husband/partner. These individuals most often have no one with whom they can talk sincerely about difficult issues of their relationship [48, 53].

In the early work on the EDQ, two other scales were identified: **overprotectiveness and sexual problems**. Overprotectiveness as a characteristic trait of wives of alcoholics is quite often described in the literature, especially in the self-help literature, but the pilot study showed no significant differences in this variable between the groups studied on the basis of the Polish population. The sexual problems scale, on the other hand, did

snych problemów, udają, że wszystko jest w porządku i pod kontrolą, gdy w rzeczywistości jest odwrotnie. Okłamują siebie i innych, pomniejszają skalę własnych problemów, wmawiają sobie, że w przyszłości będzie lepiej, a przeżywane przez nich problemy są przejściowe. Ukrywają problemy domowe przed znajomymi, przyjaciółmi, rodziną. Według Woititz tendencja do zaprzeczania (chorobie męża, własnym trudnościami, sytuacji rodziny) stanowi podstawowy problem żon alkoholików, szczególnie na etapie przedterapeutycznym. Pogląd ten podziela szereg innych autorów [24, 42, 51, 52].

Złość jest doświadczeniem osób, które przeżywają wiele frustracji w życiu. Bywa, że przyczyną wybuchów złości jest zachowanie męża/partnera – nierzadko w odpowiedzi na jego zachowanie same wszczynają z nim kłótnie. Zdarza się, że wybuchają złością czy wręcz agresją bez wyraźnego powodu, ogólnie łatwo się denerwują. Doświadczają uczucia złości niemal codziennie, łatwiej im manifestować to uczucie niż inne [27, 42, 44, 46, 52]. Niemniej Marks i wsp. [15] wskazują, że część populacji żon alkoholików może mieć zahamowania w wyrażaniu gniewu i złości oraz tłumić emocje. Można założyć, że doświadczanie i wyrażanie złości może być mocno jednostkowo zróżnicowane i skorelowane z dychotomią ekstrawersja–introwersja, połączoną z temperamentem.

Izolacja społeczna. Jednostki z wysokim wskaźnikiem izolacji społecznej czują się osamotnione, nie odczuwają wsparcia ze strony znajomych, przyjaciół i rodziny [36]. Unikają zapraszania znajomych i przyjaciół do domu, nie przyjmują zaproszeń i nie utrzymują kontaktów towarzyskich. Zdarza się, że zamiast w domu wraz z mężem/partnerem spotykają się ze znajomymi poza domem. Te osoby najczęściej nie mają nikogo, z kim mogłyby szczerze porozmawiać o trudnych sprawach swojego związku [48, 53].

We wczesnych pracach nad KZE wyodrębniono jeszcze dwie inne skale: **nadopiekuńczość i problemy seksualne**. Nadopiekuńczość jako charakterystyczna cecha żon alkoholików jest dość często opisywana w literaturze, szczególnie samopomocowej, ale badania pilotażowe nie wykazały istotnych różnic w zakresie tej zmiennej między badanymi grupami na gruncie populacji polskiej. Z kolei skala problemów seksualnych nie wykazała zadowalających parametrów dotyczących rzetel-



not show satisfactory reliability parameters and for this reason did not enter the tool's final version.

## ■ MATERIAL AND METHODS

### Development of questionnaire items

A review of the literature made it possible to isolate the characteristics of each variable, which enabled the creation of a multiple set of statements, of which there were 120 items in total. The competent judges method was then used to generate the best items for each scale. With the help of students (in master's seminars) and psychologists (both theorists and therapists) among others, 6 items were selected for each scale.

The Emotional Dependency Questionnaire contains 6 research scales: need of control, lower self-esteem, anxiety, denial, anger and social isolation, with a total of 36 test items. A univariate 5-point categorisation of responses based on a Likert scale from 1 – *never* to 5 – *always* was used. A higher raw score indicates greater support for a given statement, with no reverse scoring. All questions of the questionnaire are presented in Annex 1. The score sheet is also a key to summarising the raw scores for each scale. Interpretation is carried out after converting the raw scores into a sten scale.

### Study procedure and subject characteristics

During the 2014-2018 Master's seminars, a study was conducted with the help of students who were trained in data collection procedures, primarily regarding the requirement to maintain respondent anonymity. A total of 300 women were surveyed, 157 in the study group of wives of alcoholics and 143 in the comparison group of wives of non-alcoholics from the areas of Silesia (72%), Łódź (22%) and Wielkopolska (6%). There was 54% of women from cities over 100,000, 31% from medium-sized cities (10-100,000) and 15% from rural areas. Education level in both groups (wives of alcoholics vs. non-alcoholics) was 21.7% vs. 16.2% primary and vocational, 48.6% vs. 39.7% secondary and 29.7% vs. 44.1% higher. See other study group parameters in Table I.

The wives of alcoholics were surveyed in drug treatment facilities where they attended therapy for so-called co-dependents and in Al-

ności i z tego powodu nie weszła do ostatecznej wersji narzędzia.

## ■ MATERIAŁ I METODY

### Opracowywanie pozycji kwestionariuszowych

Przegląd literatury pozwolił na wyodrębnienie cech poszczególnych zmiennych, co umożliwiło utworzenie kilkunastopozycyjnego zestawu twierdzeń, łącznie 120 pozycji. Następnie do wygenerowania najlepszych pozycji do każdej skali zastosowano metodę sędziów kompetentnych. Przy pomocy m.in. studentów (w ramach seminariów magisterskich) i psychologów (zarówno teoretyków, jak i terapeutów) wybrano po 6 itemów do każdej skali.

*Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej* zawiera 6 skal badawczych: potrzebę kontroli, obniżone poczucie własnej wartości, lęk, zaprzeczanie, złość i izolację społeczną, o łącznej liczbie 36 pozycji testowych. Zastosowano jednorodną 5-stopniową kategoryzację odpowiedzi bazującą na skali Likerta od 1 – *nigdy* do 5 – *zawsze*. Większa liczba surowych punktów oznacza większe poparcie dla danego twierdzenia, brak punktacji odwróconej. Wszystkie pytania kwestionariusza są przedstawione w aneksie 1. Arkusz wyników to jednocześnie klucz umożliwiający podsumowanie wyników surowych dla każdej skali. Interpretacja przeprowadzana jest po zamianie wyników surowych na skalę stenową.

### Przeprowadzenie badań i charakterystyka osób badanych

W trakcie seminariów magisterskich w latach 2014–2018 przeprowadzono badania przy pomocy studentów, którzy zostali przeszkoleni w zakresie procedur zbierania danych, przede wszystkim w odniesieniu do wymogu zachowania anonimowości respondentów. Zbadano łącznie 300 kobiet, 157 w badanej grupie żon alkoholików oraz 143 w grupie porównawczej żon niealkoholików z terenów województwa śląskiego (72%), łódzkiego (22%) i wielkopolskiego (6%). Kobiety pochodziły z miast powyżej 100 tys. – 54%, z miast średniej wielkości (10–100 tys.) – 31%, z terenów wiejskich – 15%. Wykształcenie w obu grupach (żon alkoholików vs niealkoholików) kształtowało się następująco: podstawowe i zawodowe 21,7% vs 16,2%, średnie 48,6% vs 39,7%, wyższe 29,7% vs 44,1%. Inne parametry badanych grup podano w tabeli I.

Żony alkoholików były badane w placówkach leczenia odwykowego, gdzie uczęszczały na te-

**Table I.** Characteristics of research and control groups  
**Tabela I.** Charakterystyka grup – badanej i porównawczej

	Number Liczebność <i>n</i>	Average age Średnia wieku	Duration of relationship Czas trwania związku	Number of children Liczba dzieci
Wives of alcoholics research group Badana grupa żon alkoholików	157	41.4	16.1	1.42
Wives of non-alcoholics control group Grupa porównawcza żon niealkoholików	143	37.2	12.4	1.2

coholics Anonymous groups. The comparison group consisted of respondents from families without clear dysfunctions. As can be seen from Table I, the basic characteristics of both groups are comparable.

### Reliability and validity analyses

Table II shows the reliability coefficients (Cronbach's  $\alpha$ ), both overall and of the individual scales. At the first stage of the tool's construction, a pilot study was conducted with a sample of  $n = 72$  with a study group recruited from wives of alcoholics ( $n = 30$ ) and a control group of female part-time students ( $n = 42$ ). The mean age was 38.2 years.

The reliability coefficients of both the overall and individual scales show acceptable values for group studies.

Confirmatory factor analysis (CFA) was used to verify the construct validity of the tool. The six research scales were defined as implicit endogenous variables, and the explicit exogenous variables loading them were selected according to the tool design. Calculations were carried out on all survey respondents listed in Table I, and the Statistica 8 package was used. The CFA results of the hypothesised structure of all 36 items belonging to the 6 survey scales can be found in Annex 2. Almost all factor loadings were found to be quite high, above standard error values and all statistically significant ( $p < 0.01$ ). In only two cases was there a result  $< 0.4$ , but this value is generally considered satisfactory.

As can be seen, there are generally strong intercorrelations between the scales of anxiety, anger, need of control, denial and social isolation, while between the scale of lower self-esteem and the others, the intercorrelations are generally at a medium level. Table III shows the values of the most important matching indicators of the model calculated on the standardisation test. Although some

rapież dla tzw. współzależnych oraz w grupach Anonimowych Alkoholików. Grupę porównawczą tworzyły badane z rodzin bez wyraźnych dysfunkcji. Na podstawie danych zawartych w tabeli I można stwierdzić, że podstawowe charakterystyki obu grup są porównywalne.

### Analizy rzetelności i trafności

Tabela II przedstawia współczynniki rzetelności ( $\alpha$  Cronbacha) – ogólny oraz poszczególnych skal. Na pierwszym etapie konstrukcji narzędzia przeprowadzono badanie pilotażowe na próbie  $n = 72$  osób: z badaną grupą rekrutującą się z żon alkoholików ( $n = 30$ ) oraz z grupą kontrolną studentek studiów niestacjonarnych ( $n = 42$ ). Średnia wieku wyniosła 38,2 roku.

Współczynniki rzetelności – zarówno ogólny, jak i poszczególnych skal – mają wartości akceptowane w przypadku badań grupowych.

Do weryfikacji trafności teoretycznej narzędzia posłużono się konfirmacyjną analizą czynnikową (CFA). Sześć skal badawczych określono jako zmienne endogeniczne ukryte, a ładujące je zmienne egzogeniczne jawne wybrano zgodnie z konstrukcją narzędzia. Obliczenia przeprowadzono na wszystkich badanych respondentach podanych w tabeli I, zastosowano pakiet Statistica 8. Wyniki CFA hipotetycznej struktury wszystkich 36 pozycji przynależących do 6 skal badawczych można znaleźć w aneksie 2. Prawie wszystkie ładunki czynnikowe okazały się dość wysokie, przewyższają wartości błędów standardowych i wszystkie są statystycznie istotne ( $p < 0,01$ ). Tylko w dwóch przypadkach wystąpił wynik  $< 0,4$  – tę wartość na ogół uznaje się za zadowalającą.

Jak widać, zachodzą na ogół silne interkorelacje między skalami lęku, złości, potrzebą kontroli, zaprzeczenia i izolacji społecznej, z kolei między skalą obniżonego poczucia własnej wartości a pozostałymi interkorelacje są na ogół na poziomie średnim. W ta-

**Table II.** Cronbach's  $\alpha$  reliability indicators  
**Tabela II.** Wskaźniki rzetelności  $\alpha$  Cronbacha

EDQ general KZE ogólny	Need of control Potrzeba kontroli	Lower self-esteem Obniżone poczucie wartości	Anxiety Lęk	Denial Zaprzeczanie	Anger Złość	Social isolation Izolacja społeczna
0.89	0.71	0.83	0.72	0.76	0.83	0.73

EDQ – Emotional Dependency Questionnaire/KZE – Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej

**Table III.** The values of the most important matching model indicators  
**Tabela III.** Wartości najważniejszych wskaźników dopasowania modelu

Matching indicator/Wskaźnik dopasowania	Standardisation test/Test normalizacyjny N = 205
RMSEA	[0.075; 0.089]
GFI Joreskoga	0.855
Bollen's delta/Delta Bollena	0.786
Gamma population indicator/Wskaźnik gamma populacji	[0.84; 0.91]

of the indicators obtained are slightly different from the values indicating a goodness-of-fit, the fit of the tested model to the data from the Polish sample can be considered sufficient and does not require model change.

Criterion validity (external) was tested by analysing the correlation of the EDQ results with other tools measuring similar parameters. For this purpose, Costa and McCrae's NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI) [32] and Ogińska-Bulik and Juczyński's Scale for the Measurement of Resilience (SPP-25) [54] were used. The results are presented in Table IV.

There is a clear positive correlation between NEO-FFI neuroticism scale and the EDQ scales; a strong correlation can be said for the scales of lower self-esteem and anxiety. At the same time, a clear negative correlation is noticeable between the EDQ scales and extroversion. Negative correlations, although somewhat weaker, are found between the other NEO-FFI scales and the EDQ scales. It seems that these results can be interpreted as confirming the validity of the EDQ, which is a tool to measure traits linked to dysfunctional behaviour, such a dimension being neuroticism, while high scores on the other NEO-FFI scales are linked to positive functioning.

While the SPP-25 is a tool that measures the level of psychological resilience – people with a high overall score are characterised by good coping skills to deal with stress, including

beli III zamieszczono najważniejsze wskaźniki dopasowania modelu obliczone na próbie normalizacyjnej. Mimo że część otrzymanych wskaźników odbiega nieco od wartości wskazujących na bardzo dobre dopasowanie, można uznać dopasowanie testowanego modelu do danych z badanej próby polskiej za wystarczające i niewymagające zmiany modelu.

Trafność kryterialną (zewnętrzną) badano przez analizę korelacji wyników KZE z innymi narzędziami mierzącymi zbliżone parametry. Wykorzystano w tym celu Inwentarz Osobowości NEO-FFI (*NEO Five-Factor Inventory*) Costy i McCrae [32] oraz Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [54]. Wyniki są przedstawione w tabeli IV.

Występuje wyraźna dodatnia korelacja między skalą neurotyzmu NEO-FFI a skalami KZE. W przypadku skali obniżonego poczucia wartości i lęku można mówić o silnej korelacji. Jednocześnie zauważalna jest wyraźna korelacja ujemna między skalami KZE a ekstrawersją. Negatywne korelacje, choć nieco słabsze, występują między pozostałymi skalami NEO-FFI a skalami KZE. Wydaje się, że wyniki te można interpretować jako potwierdzające trafność KZE, które jest narzędziem do mierzenia cech łączonych z zachowaniami dysfunkcyjnymi, takim wymiarem jest neurotyczność, a wysokie wyniki w pozostałych skalach NEO-FFI łącznie są z funkcjonowaniem pozytywnym.

Z kolei SPP-25 jest narzędziem mierzącym poziom prężności psychicznej – osoby o wysokim

**Table IV.** Coefficients of correlations (Pearson's  $r$ ) of EDQ results with other dimensions of personality and psychological resilience ( $N = 74$ )**Tabela IV.** Współczynniki korelacji ( $r$  Pearsona) wyników KZE z różnymi wymiarami osobowości oraz prężności psychicznej ( $N = 74$ )

Emotional Dependency Questionnaire (EDQ) Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej (KZE)	Need of control Potrzeba kontroli	Lower self-esteem Obniżone poczucie własnej wartości	Anxiety Lęk	Denial Zaprzeczanie	Anger Złość	Social isolation Izolacja społeczna
NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)/Inwentarz Osobowości (NEO-FFI)						
Neuroticism/Neurotyzm	0.26	0.57	0.55	0.34	0.41	0.47
Extroversion/Ekstrawersja	-0.29	-0.43	-0.49	-0.39	-0.22	-0.32
Openness/Otwartość	0.10	-0.08	-0.01	-0.09	-0.10	-0.05
Conscientiousness/Sumienność	-0.03	-0.25	-0.22	-0.11	-0.33	-0.16
Agreeability/Ugodowość	-0.09	-0.04	-0.08	-0.13	-0.41	-0.36
Resilience Measure Scale/Skala Pomiaru Prężności (SPP-25)						
General indicator/Wskaźnik ogólny	-0.20	-0.70	-0.59	-0.44	-0.41	-0.38
Perseverance/Wytrwałość	-0.13	-0.54	-0.43	-0.43	-0.29	-0.31
Openness/Otwartość	-0.12	-0.66	-0.54	-0.41	-0.45	-0.40
Competences/Kompetencje	-0.18	-0.64	-0.56	-0.40	-0.38	-0.41
Tolerance/Tolerancja	-0.25	-0.68	-0.58	-0.36	-0.49	-0.34
Optimism/Optymizm	-0.24	-0.61	-0.51	-0.34	-0.24	-0.25

 $p < 0.05$ 

Full names of the scales SPP-25/Pelne nazwy skal kwestionariusza SPP-25: 1) Perseverance and determination in action/Wytrwałość i determinacja w działaniu, 2) Openness to new experience and a sense of humour/Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, 3) Personal competence to cope and tolerance of negative emotions/Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, 4) Tolerance to failures and treating life as a challenge/Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, 5) Optimistic attitude to life and ability to mobilise in difficult situations/Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach

stress of a traumatic nature. Clear negative correlations can be seen between all SPP-25 scales and the EDQ. These tools therefore measure completely different characteristics of an individual, in other words, people who score high on the EDQ cannot be expected to be characterised by high resilience, rather the trend is for the opposite to be true.

## ■ RESULTS

The large number of subjects allowed the development of provisional norms using a sten scale with an arithmetic mean of 5.5 and a standard deviation of 2. According to the categorisation proposed by Jaworowska and Matczak [55], the following categorisation of scores is adopted: 1-3 low scores, 4-7 average scores (wide norm), 8-10 high scores.

Table V shows the results of the tests conducted with the EDQ. Group comparisons were made

wskaźniku ogólnym cechują się dobrymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem, w tym o charakterze traumatycznym. Widać wyraźne negatywne korelacje między wszystkimi skalami SPP-25 a KZE. Narzędzia te mierzą zatem zupełnie inne właściwości jednostki, innymi słowy nie można oczekiwać, aby osoby, które uzyskują wysokie wyniki w KZE, cechowały się wysoką prężnością, raczej tendencje te są odwrotne.

## ■ WYNIKI

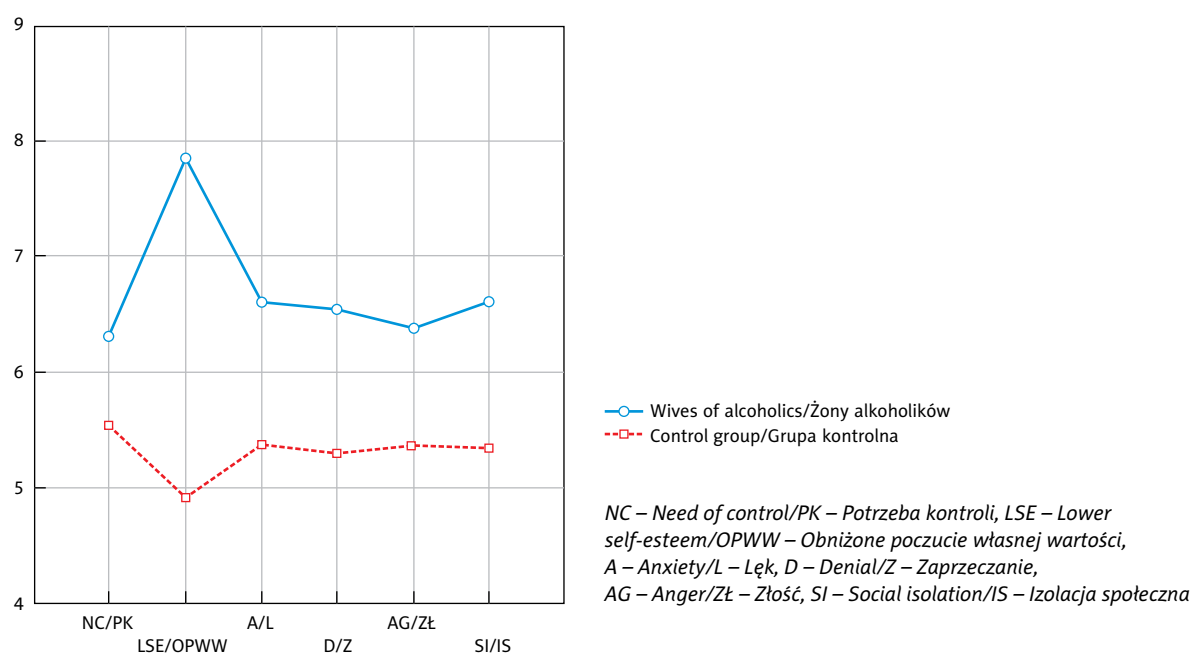
Duża liczebność badanych pozwoliła opracować tymczasowe normy przy użyciu skali stenowej, w której średnia arytmetyczna wynosi 5,5, a odchylenie standardowe 2. Zgodnie z kategoryzacją zaproponowaną przez Jaworowską i Matczak [55] przyjmuje się następującą kategoryzację wyników: 1-3 wyniki niskie, 4-7 wyniki przeciętne (szeroka norma), 8-10 wyniki wysokie.

W tabeli V zamieszczone są wyniki badań przeprowadzonych za pomocą KZE. Grupy po-



**Table V.** Statistical difference between the examined groups calculated by means of a *t*-test (in stens)  
**Tabela V.** Różnice statystyczne pomiędzy badanymi grupami obliczone za pomocą testu *t* (w stenach)

Emotional Dependency Questionnaire (EDQ) Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej (KZE)	Wives of alcoholics Żony alkoholików Mean/Średnia	Control group Grupa porównawcza Mean/Średnia	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Need of control/Potrzeba kontroli	6.2	5.5	2.532	262	0.0119
Lower self-esteem/Obniżone poczucie własnej wartości	7.8	4.9	14.352	262	0.0000
Anxiety/Lęk	6.7	5.4	5.147	262	0.0000
Denial/Zaprzeczanie	6.6	5.3	5.294	262	0.0000
Anger/Złość	6.3	5.4	3.478	262	0.0006
Social isolation/Izolacja społeczna	6.6	5.3	4.563	262	0.0000



**Figure 1.** Profiles of the examined groups of women (in stens)  
**Rycina 1.** Profile badanych grup kobiet (w stenach)

using Student's *t*-test. As can be seen, there were significant statistical differences in all scales, as illustrated in Figure 1. The research and control group are statistically significantly different ( $p < 0.001$ ) in each scale. A non-parametric analysis was also carried out using the Mann-Whitney *U* test, as the condition of homogeneity of variance is not met in all scales, while as far as the significance of differences is concerned, the results are the same as for the Student's *t*-test.

The results clearly indicate poorer functioning of the wives of alcoholics in all of the characteristics studied, and practically all the results obtained are on the borderline between medium and high scores. The exception is lower self-esteem,

równano, używając testu *t*-Studenta. Jak widać we wszystkich skalach wystąpiły znaczące różnice statystyczne, co zilustrowano na rycinie 1. Grupa badana i porównawcza różnią się statystycznie istotnie ( $p < 0,001$ ) w każdej ze skal. Przeprowadzono także nieparametryczną analizę testem *U* Manna-Whitneya, ponieważ nie we wszystkich skalach spełniony jest warunek jednorodności wariancji, natomiast jeśli chodzi o istotność różnic, to wyniki są takie same jak w przypadku testu *t*-Studenta.

Wyniki jednoznacznie wskazują na gorsze funkcjonowanie żon alkoholików we wszystkich badanych charakterystykach, a w zasadzie wszystkie otrzymane rezultaty są na pograniczu wyników średnich i wysokich. Wyjątek stanowi obni-

where the score of wives of alcoholics is high, while the difference between the groups is very high, which shows that, for the women studied, living with an alcoholic has wreaked real havoc in this sphere of life.

## ■ DISCUSSION

The wives of alcoholics have been a subject of concern for several decades, both for drug treatment therapists and for researchers focused on the search for general behavioural patterns or personality traits. As it seemed, the concept of co-dependency united these two therapeutic and research approaches. However, all the indications are that this has proved a kind of trap, as it easily enters into relationship with various theoretical concepts, while at the same time escaping precise definitional descriptions. As a result, definitional difficulties, differing research findings and cross-cultural limitations have proven to be very significant and co-dependency, after several decades of research, has not been included in the official classifications of mental illnesses and disorders – neither in the American DSM-5 classification nor in the international ICD-10/11. And there is no indication that this state of affairs is likely to change.

Research to date on personality patterns, ways of coping with stress and adjustment tendencies of wives of alcoholics provides a patchy and ambiguous picture [41, 56], which seems understandable if the size of the population of alcoholics and their wives is taken into account. A study by Martin and Piazza [18] using the MMPI<sup>1</sup> shows a high similarity between the wives of alcoholics diagnosed as co-dependent and other female patients of psychiatric hospitals. There was a similar finding in the Polish studies by Sagadyn [57] and Będkowska-Korpała and Ryniak [16], who, using the MMPI-2<sup>2</sup>, distinguished 4 clusters defined as: a group with neurotic adaptation, a profile with code 6-8, a profile with code 2-7 and a crisis profile. According to the authors, women from the fourth group experience adaptation crises, but show a mature personality and have the best prognosis in therapy, while the first three groups have different personality deficits, in their case the ther-

zone poczucie własnej wartości, gdzie wynik żon alkoholików jest wysoki, a różnica między grupami bardzo duża, co pokazuje, że życie u boku alkoholika u badanych kobiet dokonało w tej sferze prawdziwego spustoszenia.

## ■ OMÓWIENIE

Żony alkoholików od kilkudziesięciu lat stanowią przedmiot troski – zarówno terapeutów zajmujących się leczeniem odwykowym, jak i badaczy nastawionych na poszukiwanie ogólnych wzorów zachowań czy cech osobowości. Jak się wydawało, te dwa podejścia, terapeutyczne i badawcze, łączy koncepcja współzależnienia. Wszystko jednak wskazuje na to, że okazała się ona rodzajem pułapki, ponieważ łatwo wchodzi w związek z różnymi koncepcjami teoretycznym, a jednocześnie wymyka się precyzyjnym opisom definicyjnym. W rezultacie trudności definicyjne, zróżnicowane wyniki badań i ograniczenia międzykulturowe okazały się bardzo znaczące i współzależnienie po kilkudziesięciu latach badań nie znalazło się w oficjalnych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych – ani w amerykańskiej klasyfikacji DSM-5, ani w międzynarodowej ICD-10/11. I nic nie wskazuje na to, by ten stan rzeczy mógł ulec zmianie.

Dotychczasowe badania nad wzorami osobowości, sposobami radzenia sobie ze stresem i tendencjami przystosowawczymi żon alkoholików dają obraz niejednolity i niespecyficzny [41, 56], co wydaje się zrozumiałe, jeśli uwzględnić wielkość populacji alkoholików i ich żon. Z badań Martin i Piazza [18] prowadzonych za pomocą MMPI<sup>1</sup> wynika duże podobieństwo żon alkoholików zdiagnozowanych jako współzależnione do innych pacjentek szpitali psychiatrycznych. Podobnie okazało się w polskich badaniach Sagadyna [57] oraz Będkowskiej-Korpały i Ryniak [16], które przy użyciu MMPI-2<sup>2</sup> wyodrębniły 4 skupienia określone jako: grupa o neurotycznej adaptacji, profil z kodem 6–8, profil z kodem 2–7 i profil kryzysowy. Zdaniem autorek kobiety z czwartej grupy przeżywają kryzysy adaptacyjne, ale wykazują się dojrzałą osobowością i w terapii rokują najlepiej, podczas gdy trzy pierwsze grupy mają różne osobowościowe deficyty i w ich przypadku

<sup>1</sup> MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

<sup>2</sup> MMPI-2 – Polish version of MMPI

<sup>1</sup> MMPI – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

<sup>2</sup> MMPI-2 – polska wersja MMPI

apeutic prognosis is worse, and the goals of therapy should be different.

The present project is an attempt to build a tool to investigate selected characteristics related to dysfunctional traits and behaviours of wives of alcoholics. Based on a review of the literature and after a pilot study of the EDQ, 6 such research variables/scales were identified: need of control, lower self-esteem, anxiety, anger, denial and social isolation.

The study showed large differences between the two groups of women subjects, wives of alcoholics in contrast to women in the comparison group are characterised by elevated levels of need of control, anxiety, anger, show stronger tendencies to deny existing problems, and feel more socially isolated. As correlational studies using the NEO-FFI and SPP-25 have shown, it is possible to speak of high neuroticism in the wives of alcoholics and low levels of psychological resilience. The greatest differences were noted for self-esteem, which was found to be significantly lower in the wives of alcoholics surveyed. In principle, the results obtained do not come as a surprise, but rather confirm a number of therapeutic observations attesting to the poorer functioning of this group and the adaptation difficulties experienced. What may come as a surprise is the decidedly homogenous picture of results indicating a significantly higher intensity of dysfunctional traits in the wives of alcoholics, which raises the question to what extent the profile obtained is due to the specifics of the group studied and to what extent it is a derivative of the accuracy of the new tool. This question cannot be answered on the basis of the research carried out; further research using further comparative tools is needed. On the other hand, it seems that the portrait of wives of alcoholics obtained in the present study is broadly consistent with that presented in other research reports.

In the study by Marks *et al.* [15], women identified as co-dependent had statistically significantly higher levels of depression, anxiety, stress and family dysfunction, and lower levels of narcissistic tendencies, self-esteem and emotional expression. Panaghi *et al.* [58] indicate, despite cultural differences, a strong positive correlation between traits associated with co-dependency and high levels of neuroticism and low levels of openness and agreeableness. According to the authors, not all wives of addicts experienced co-dependency;

rokowania terapeutyczne są gorsze, a cele terapii powinny być odmienne.

W niniejszym projekcie podjęto próbę budowy narzędzia do badania wybranych charakterystyk związanych z dysfunkcyjnymi cechami i zachowaniami żon alkoholików. Na podstawie przeglądu literatury i po badaniach pilotażowych KZE wyodrębniono 6 takich zmiennych/skal badawczych: potrzebę kontroli, obniżone poczucie własnej wartości, lęk, złość, zaprzeczanie i izolację społeczną.

Badanie wykazało duże różnice między dwoma grupami badanych kobiet – żony alkoholików w przeciwieństwie do kobiet z grupy porównawczej cechują się podwyższonym poziomem potrzeby kontroli, lęku, złości, wykazują silniejsze tendencje do zaprzeczania istniejącym problemom, czują się bardziej izolowane społecznie. Jak pokazały badania korelacyjne z zastosowaniem NEO-FFI i SPP-25, można mówić o dużym neurotyzmie żon alkoholików, a niskim poziomie odporności psychicznej. Największe różnice wystąpiły w odniesieniu do poczucia własnej wartości, które u badanych żon alkoholików okazało się istotnie obniżone. W zasadzie uzyskane wyniki nie stanowią zaskoczenia, potwierdzają raczej szereg obserwacji terapeutycznych świadczących o gorszym funkcjonowaniu tej grupy i przeżywanych trudnościach adaptacyjnych. Może zaskakiwać zdecydowanie jednolity obraz wyników wskazujących na wyraźnie wyższe nasilenie dysfunkcyjnych cech u żon alkoholików, co nasuwa pytanie, w jakim stopniu otrzymany profil wynika ze specyfiki badanej grupy, a w jakim jest pochodną trafności nowego narzędzia. Na podstawie zrealizowanych badań nie da się odpowiedzieć na to pytanie, potrzebne są dalsze badania przy użyciu kolejnych narzędzi porównawczych. Z drugiej strony wydaje się, że otrzymany w niniejszym badaniu portret żon alkoholików jest zasadniczo zbieżny z tym przedstawionym w innych doniesieniach badawczych.

W badaniach Marksa i wsp. [15] u kobiet określonych jako współzależnione wystąpiły statystycznie istotnie wyższe poziomy depresji, lęku, stresu i dysfunkcji rodzinnych oraz niższe poziomy tendencji narcystycznych, samooceny i ekspresji emocjonalnej. Panaghi i wsp. [58] wskazują, pomimo różnic kulturowych, na silną dodatnią korelację między cechami łączonymi ze współzależnieniem a wysokim poziomem neurotyzmu oraz niskim nasileniem otwartości i ugodowości. Zdaniem autorów nie wszystkie żony osób uzależ-

women with high levels of neuroticism and low levels of openness and agreeableness were more likely to experience the stress of living with a dependent person and to develop symptoms attributed to co-dependency.

Ślaski's research [59] focused on the analysis of attachment styles (based on Bowlby and Ainsworth's attachment theory) shows that all three types of attachment occurred in the group of women functioning with an alcohol dependent person, with the highest intensity of the secure style; however, compared to the control group, they are characterised by a significantly higher intensity of the anxiety-ambivalent and avoidant style, and a lower intensity of the secure style. Female partners of alcoholics manifest higher levels of exclusive dependence and interpersonal dependence than those in the control group. Nevertheless, Ślaski's study, like a number of others, demonstrates the inhomogeneity of the population of wives and partners of alcoholics [23, 41]. A review of studies conducted for analyses of co-dependence, but on populations other than wives of alcoholics, most often students, also generally show a very mixed picture of results [13, 17, 32, 60, 61]. This variation demonstrates the need to operate a good individual clinical diagnosis, the need to move away from stereotypical labels of co-dependence.

It seems that in practice, in the context of the ICD-11 classification coming into force (theoretically in force from 1<sup>st</sup> January 2022, but there is still no Polish translation; as a result, practitioners continue to use ICD-10), some women experiencing relationship difficulties may be diagnosed with a block of stress-related disorders (Block L1-6B4). This includes entities such as Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD, cat. 6B41), adjustment disorder (6B43) or stress-related disorders not otherwise specified (6B4Z). From the resulting picture of the symptoms of the wives of alcoholics, one can see a great convergence with the symptoms constituting the core of CPTSD (affective dysregulation, sense of low self-esteem, difficulties in maintaining relationships and a sense of closeness to others), nevertheless, it must be remembered that in stress-related diagnostic terms, the issue of personality conditions is left aside. Each diagnosis must be individualised on the basis of the predominant clinical symptoms.

nionych doświadczyły współzależnienia; kobiety o wysokim poziomie neurotyzmu oraz niskim poziomie otwartości i ugodowości były bardziej narażone na stres związany z życiem z osobą uzależnioną i wystąpienie symptomów przypisywanych współzależnieniu.

Z badań Ślaskiego [59] skupionych na analizie stylów przywiązaniowych (bazujących na teorii przywiązania Bowlby'ego i Ainsworth) wynika, że w grupie kobiet funkcjonujących z osobą uzależnioną od alkoholu wystąpiły wszystkie trzy rodzaje przywiązania, z największym nasileniem stylu bezpiecznego, niemniej w porównaniu z grupą kontrolną charakteryzują się one istotnie wyższym nasileniem stylu lękowo-ambiwalentnego i unikowego, a niższym – stylu bezpiecznego. Partnerki alkoholików przejawiają wyższy niż osoby z grupy kontrolnej poziom wyłącznej zależności i zależności interpersonalnej. Niemniej badania Ślaskiego, jak szereg innych, potwierdzają niehomogeniczność populacji żon i partnerek osób uzależnionych od alkoholu [23, 41]. Przegląd badań prowadzonych pod kątem analiz współzależnienia, ale na innych populacjach niż żony alkoholików, najczęściej studentów, również pokazuje na ogół bardzo zróżnicowany obraz wyników [13, 17, 32, 60, 61]. To zróżnicowanie potwierdza konieczność operowania dobrą indywidualną diagnozą kliniczną, konieczność odejścia od stereotypowych etykiet współzależnienia.

Wydaje się, że w praktyce, w kontekście wchodzącej w życie klasyfikacji ICD-11 (teoretycznie obowiązuje od 1 stycznia 2022 r., ale ciągle brakuje polskiego tłumaczenia, w rezultacie praktycy dalej posługują się ICD-10), część kobiet przeżywających trudności w relacjach może być diagnozowana za pomocą bloku zaburzeń związanych ze stresem (Blok L1-6B4). Zawiera on takie jednostki, jak złożony zespół stresu pourazowego (CPTSD, kat. 6B41), zaburzenia adaptacyjne (6B43) czy zaburzenia związane ze stresem nieokreślone w innym miejscu (6B4Z). Uzyskany obraz objawów występujących u żon alkoholików jest bardzo zbliżony z objawami stanowiącymi jądro CPTSD (dysregulacja afektywna, poczucie niskiej wartości, trudności w utrzymywaniu relacji i poczuciu bliskości z innymi), niemniej trzeba pamiętać, że w kategoriach diagnostycznych związanych ze stresem kwestia uwarunkowań osobowościowych jest pozostawiona na uboczu. Każdorazowo diagnoza musi mieć charakter zindywidualizowany na bazie dominujących objawów klinicznych.



**Study limitations.** An important study limitation is the sampling of wives of alcoholics, who were recruited from different treatment groups. This way of selecting the subjects may have influenced the results obtained towards a lower score. Another undoubted limitation of the research conducted is the relatively small group studied. Further research should include a wider population of wives of alcoholics, including those not participating in therapy. Another limitation is the omission of men; the questionnaire was developed with women in mind and to study the quality of their relationships. The high growth rate of dependence in women indicates that a symmetrical *à rebours* tool to study men could be useful and present a new research challenge.

## ■ CONCLUSIONS

The results obtained indicate that the functioning of the wives of alcoholics is significantly worse in all the variables studied in comparison with the control group; particularly large differences can be said to exist in the context of severely lower sense of self-esteem in the wives of alcoholics. It seems that this area should receive special attention from specialists in the rehab therapy and counselling processes.

The Emotional Dependency Questionnaire presented in the above study was intended by the author to be a tool to meet the needs for improved diagnosis of women experiencing significant difficulties in social relationships, mainly family/partner relationships. The general psychometric parameters of the EDQ regarding reliability and validity proved to be sufficient, both in group studies and for individual diagnosis. It seems that the EDQ could be a useful tool for broader research applications for wives of alcoholics, but also for other women experiencing relationship difficulties. It can also be helpful in therapeutic treatment – for establishing the direction of psychotherapy and its evaluation.

**Ograniczenia badania.** Istotnym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest dobór próby żon alkoholików, które rekrutowały się z różnych grup terapeutycznych. Ten sposób doboru badanych mógł wpłynąć na uzyskane wyniki, raczej w kierunku ich obniżenia. Niewątpliwym ograniczeniem przeprowadzonych badań jest też stosunkowo mała badana grupa. Kolejne badania powinny objąć szerszą populację żon alkoholików, także nieuczestniczących w terapii. Innym ograniczeniem jest pominięcie mężczyzn, kwestionariusz został opracowany z myślą o kobietach i do badania jakości ich relacji. Duża dynamika wzrostu uzależnień u kobiet wskazuje, że symetryczne narzędzie *à rebours* do badania mężczyzn może być użyteczne i stanowić nowe wyzwanie badawcze.

## ■ WNIOSKI

Uzyskane wyniki wskazują na zdecydowanie gorsze we wszystkich badanych zmiennych funkcjonowanie żon alkoholików na tle grupy porównawczej, o szczególnie dużych różnicach można mówić w kontekście mocno obniżonego poczucia własnej wartości u żon alkoholików. Wydaje się, że ten obszar powinien być przedmiotem szczególnej uwagi specjalistów w procesach terapii i doradztwa odwykowego.

Przedstawiony w powyższym opracowaniu *Kwestionariusz Zależności Emocjonalnej* miał być, w intencji autora, narzędziem wychodzącym naprzeciw potrzebom ulepszonych diagnozowania kobiet przeżywających istotne trudności w relacjach społecznych, w tym głównie rodzinnych/partnerskich. Ogólne parametry psychometryczne KZE dotyczące rzetelności i trafności okazały się wystarczające zarówno w badaniach grupowych, jak i do diagnozy indywidualnej. Wydaje się, że KZE może być użytecznym narzędziem do szerszych zastosowań badawczych w odniesieniu do żon alkoholików, ale też innych kobiet przeżywających trudności w związkach. Może być również pomocny w postępowaniu terapeutycznym – do ustalania kierunków psychoterapii i jej ewaluacji.

---

### Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

### Financial support/Finansowanie

None declared./Nie zadeklarowano.

## Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, ujednoczonymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 roku.

## References/Piśmiennictwo

1. Chang SH. Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. *Int J Psychol* 2018; 53: 107-16. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.12271>.
2. Orford J, Guthrie S, Nicholls P, Oppenheimer E, Egert S, Hensman C. Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *J Stud Alcohol* 1975; 36: 1254-67. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsa.1975.36.1254>.
3. Frank PB, Golden GK. Blaming by naming: battered women and the epidemic of codependence. *Soc Work* 1992; 37: 5-6.
4. O'Gorman P. Codependency explored: a social movement in search of definition and treatment. *Psych Quart* 1993; 64: 199-212. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF01065870>.
5. Chiauzzi EJ, Liljegren S. Taboo topics in addiction treatment. An empirical review of clinical folklore. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10: 303-16. DOI: [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90079-H](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90079-H).
6. Bell J. "Co-dependency: a critical review": comment. *Drug Alcohol Rev* 1995; 14: 240-1.
7. Inclan J, Hernandez M. Cross-cultural perspectives and codependence: the case of poor Hispanics. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62: 245-55. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0079340>.
8. Kwon SY. Codependence and interdependence: cross-cultural reappraisal of boundaries and relationality. *Pastor Psychol* 2001; 50: 39-52. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1010495016418>.
9. Chang SH. A cultural perspective on codependency and its treatment. *Asia Pac J Couns Psychother* 2012; 3: 50-60. DOI: <https://doi.org/10.1080/21507686.2011.620973>.
10. Anderson SC. A critical analysis of the concept of codependency. *Soc Work* 1994; 39: 677-85.
11. Van Wormer K. Co-dependency: implications for women and therapy. *Women Ther* 1989; 8: 51-63.
12. Klimeczak W, Klejna A. Co-dependency in women and their life experiences. *Alcohol Drug Addict* 2018; 31(3): 175-92. DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2018.82621>.
13. Hawkins C, Hawkins II R. Codependence, contradependence, gender-stereotyped traits, personality dimensions and problem drinking. *Univers J Psychol* 2014; 2: 5-15. DOI: <https://doi.org/10.13189/ujp.2014.020102>.
14. Knudson TM, Terrell HK. Codependency, perceived interparental conflict, and substance abuse in the family of origin. *Am J Fam Ther* 2012; 40: 245-57. DOI: <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.610725>.
15. Marks ADG, Blore RL, Hine DW, Dear GE. Development and validation of a revised measure of codependency: composite codependency scale. *Aust J Psychol* 2012; 64: 119-27. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00034.x>.
16. Będkowska-Korpała B, Ryniak J. Współzależnienie jako zaburzenie adaptacji – perspektywa diagnozy klinicznej. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia* 2008; 6: 11-5.
17. Hoenigmann-Lion NM, Whitehead GI. The relationship between codependency and borderline and dependent personality traits. *Alcohol Treat Q* 2007; 24: 55-77. DOI: [https://doi.org/10.1300/J020v24n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J020v24n04_05).
18. Martin AL, Piazza NJ. Codependency in women: personality disorder or popular descriptive term? *J Ment Health Couns* 1995; 17: 428-40.

19. Bornstein RF, Languirand MA, Geiselman KJ, Creighton JA, West MA, Gallagher HA, et al. Construct validity of the relationship profile test: a self-report measure of dependency-detachment. *J Pers Assess* 2003; 80: 64-74. DOI: [https://doi.org/10.1207/S15327752J-PA8001\\_15](https://doi.org/10.1207/S15327752J-PA8001_15).
20. Millon T, Davis R, Millon C, Escovar L, Meagher S. *Personality disorders in modern life*. 2<sup>nd</sup> ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2000.
21. Suwalska-Barancewicz D. Znaczenie zależności interpersonalnej dla jakości bliskich relacji w dorosłości. *Pol Forum Psychol* 2015; 20: 324-41. DOI: <https://doi.org/10.14656/PFP20150303>.
22. Haggerty G, Blake M, Siefert CJ. Convergent and divergent validity of the relationship profile test: Investigating the relationship with attachment, interpersonal distress, and psychological health. *J Clin Psychol* 2010; 66: 339-54.
23. Bacon I. *An exploration of the experience of codependency through interpretative phenomenological analysis (PhD thesis)*; 2014. Available at: <https://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/11008/1/FulltextThesis.pdf>.
24. Wright PH, Wright KD. The two faces of codependent relating: a research-based perspective. *Contemp Fam Ther* 1999; 21: 527-43. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021679222403>.
25. Friel J. Co-Dependency Assessment Inventory: a preliminary research tool. *Focus on the Family and Chemical Dependency* 1985; 8: 20-1.
26. Fuller JA, Warner RM. Family stressors as predictors of codependency. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 2000; 126: 5-22.
27. Potter-Efron RT, Potter-Efron P. Assessment of co-dependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcohol Treat Q* 1989; 6: 37-57. DOI: [https://doi.org/10.1300/J020V06N01\\_04](https://doi.org/10.1300/J020V06N01_04).
28. Fischer JL, Spann L. Measuring codependency. *Alcohol Treat Q* 1991; 8: 87-100. DOI: [https://doi.org/10.1300/J020V08N01\\_06](https://doi.org/10.1300/J020V08N01_06).
29. Kitchens JA. *Understanding and treating codependence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1991.
30. Kritsberg W. *The adult children of alcoholics syndrome: from discovery to recovery*. Pompano Beach, Fla: Health Communications; 1986.
31. Whitfield CL. Co-alcoholism: recognizing a treatable illness. *Fam Commun* 1984; 7: 16-27.
32. Dear GE, Roberts CM. The Holyoake Codependency Index: investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychol Rep* 2000; 87: 991-1002. DOI: <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.87.3.991>.
33. Beck WH. *Codependency Assessment Scale Manual*. Unpublished manuscript 1988.
34. O'Brien P, Gaborit M. Codependency: a disorder separate from chemical dependency. *J Clin Psychol* 1992; 48(1): 129-36.
35. Roehling PV, Gaumont E. Reliability and validity of the Codependent Questionnaire. *Alcohol Treat Q* 1996; 14: 85-95. DOI: [https://doi.org/10.1300/J020V14N01\\_08](https://doi.org/10.1300/J020V14N01_08).
36. Hughes-Hammer C, Martsolf DS, Zeller RA. Development and testing of the codependency assessment tool. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12: 264-72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80036-8](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80036-8).
37. Wegscheider-Cruse S, Cruse JR. *Understanding codependency: the science behind it and how to break the cycle*. Updated and expanded edition. Deerfield Beach: Health Communications; 2012.
38. Harkness D, Swenson M, Madsen-Hampton K, Hale R. The Development, Reliability, and Validity of a Clinical Rating Scale for Codependency. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33: 159-71. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400481>.
39. Ulusoy Y, Gucray S. Adaptation of Composite Codependency Scale to Turkish: a validity and reliability study. *J Inter Soc Res* 2017; 10: 373-9.
40. Vederhus JK, Kristensen Ø, Timko C. How do psychological characteristics of family members affected by substance use influence quality of life? *Qual Life Res* 2019; 28: 2161-70. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02169-x>.
41. Margasiński A. *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2011.

42. Woititz JG. *Marriage on the rocks*. Pompano Beach, FL: Health Communications; 1987.
43. Cermak TL. Diagnostic criteria for codependency. *J Psychoact Drugs* 1986; 18: 15-20. DOI: <https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10524475>.
44. Beattie M. *Codependent no more: how to stop controlling others and start caring for yourself*. 2<sup>nd</sup> ed. Center City, MN: Hazelden; 1992.
45. Daire AP, Jacobson L, Carlson RG. Emotional stocks and bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional overinvesting. *Am J Psychother* 2012; 66: 259-78. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.3.259>.
46. Cermak TL, Rutzky J, Cermak TL. *A time to heal workbook: stepping-stones to recovery for adult children of alcoholics*. New York: Putnam; 1994.
47. Cermak TL. Co-addiction as a disease. *Psychiatr Ann* 1991; 21: 266-72. DOI: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19910501-05>.
48. Cullen J, Carr A. Codependency: an empirical study from a systemic perspective. *Contemp Fam Ther* 1999; 21: 505-26. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1021627205565>.
49. Hands M, Dear G. Co-dependency: a critical review. *Drug Alcohol Rev* 1994; 13: 437-45. DOI: <https://doi.org/10.1080/09595239400185571>.
50. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
51. Wegscheider-Cruse S. *Another chance: hope and health for the alcoholic family*. 2<sup>nd</sup> ed. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1989.
52. Mellody P. *Facing codependence: what it is, where it comes from, how it sabotages our lives*. 1<sup>st</sup> ed. San Francisco: Perennial Library; 1989.
53. Spann L, Fischer J. Identifying codependency. *The Counsellor* 1990; 8.
54. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Skala Pomiaru Prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne* 2008; 3: 39-56.
55. Jaworowska A, Matczak A. *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE: NS Schutte, JM Malouffa, LE Hall, DJ Haggerty'ego, JT Cooper, CJ Goldena, L Dornheim: podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2008.
56. Cierpiałkowska L, Ziarko M. *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2010.
57. Sagadyn L. Nerwica czy życie z alkoholikiem? *Świat Problemów* 1996; 1-2: 17-21.
58. Panaghi L, Ahmadabadi Z, Khosravi N, Sadeghi MS, Madanipour A. Living with addicted men and codependency: the moderating effect of personality traits. *Addict Health* 2016; 8: 98-106.
59. Ślaski S. Style przywiązania z partnerem i przyjaciółmi a cechy osobowości u kobiet współuzależnionych. *Pol Forum Psychol* 2019; 24(4): 443-46. DOI: <https://doi.org/10.14656/PFP20190404>.
60. McClintock AS, McCarrick SM, Anderson T, Himawan L, Hirschfeld R. Development and validation of a six-item version of the Interpersonal Dependency Inventory. *Assessment* 2017; 24: 360-70. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073191115605178>.
61. Wells M, Glickauf-Hughes C, Jones R. Codependency: a grass roots construct's relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *Am J Fam Ther* 1999; 27: 63-71. DOI: <https://doi.org/10.1080/019261899262104>.