

1. Czy często martwisz się z powodu zachowań bliskiej Ci osoby? tak / nie
 2. Czy zachowanie kogoś bliskiego często wprawia Ciebie w zakłopotanie? tak / nie
 3. Czy czujesz się mniej wartościowa/y z powodu zachowania kogoś z bliskich? tak / nie
 4. Czy często usiłujesz kontrolować członków rodziny lub inne bliskie osoby? tak / nie
 5. Czy jesteś dumna/y z umiejętności kontrolowania swoich zachowań? tak / nie
 6. Czy często czujesz się niepełnowartościowa/y? tak / nie
 7. Czy czujesz się winna/y lub odpowiedzialna/y za zachowania innych osób? tak / nie
 8. Czy często brałaś/eś na siebie obowiązki, które nie należały do Ciebie? tak / nie
 9. Czy zdarza Ci się kłamać, żeby zatuszować czyjeś postępowanie? tak / nie
 10. Czy często dbasz o innych zaniedbując jednocześnie własne potrzeby? tak / nie
 11. Czy często Twoje plany zależą od tego, czy bliska Ci osoba pije? tak / nie
 12. Czy boisz się porzucenia? tak / nie
 13. Czy grozisz lub straszysz, a później nie realizujesz swoich gróźb? tak / nie.
 14. Czy podejmując swoje decyzje bierzesz pod uwagę głównie to, w jaki sposób zareaguje na nie bliska Ci osoba? tak / nie
 15. Czy masz skłonność do dokonywania skrajnych ocen? tak / nie
 16. Czy kiedykolwiek kłamiesz, żeby zatuszować postępowanie bliskiej osoby? tak / nie
 17. Czy czujesz się w pełni sobą, tylko w związku z innym człowiekiem? tak / nie
 18. Czy często myślisz o tym, co w danej chwili robi bliska Ci osoba? tak / nie
 19. Czy zachowanie bliskiej osoby wprawia Cię często w zakłopotanie? tak / nie
 20. Czy zdarzają Ci się trudne do opanowania wybuchy emocjonalne? tak / nie
 21. Czy często popadasz „w depresję”? tak / nie
 22. Czy miewałaś/eś myśli samobójcze? tak / nie
 23. Czy często działasz pod wpływem trudnego do opanowania przymusu? tak / nie
 24. Czy często zdarzają Ci się „napady” niepokoju? tak / nie
 25. Czy byłaś/eś kiedykolwiek ofiarą fizycznej lub seksualnej przemocy? tak / nie
 26. Czy poszukujesz sposobów na to, aby bliska Ci osoba przestała pić alkohol? tak / nie
 27. Czy wymuszasz na bliskiej osobie obietnice, że przestanie przyjmować leki, pić alkohol lub ograniczy z nimi kontakty? tak / nie
 28. Czy miewasz czasami poczucie, że gdybyś postępował/a inaczej, to wówczas bliska Ci osoba zmieniłaby swoje zachowanie i np. przestałaby pić? tak / nie
 29. Czy słyszałaś/eś od kogokolwiek, że postępujesz nierozsądnie? tak / nie
- Jeżeli odpowiedzi pozytywnych jest 4 lub więcej to warto skontaktować się ze specjalistą, bo prawdopodobnie jesteś współzależniona/ny.**

Źródło:

<http://www.akmedcentrum.eu/testy/wspoluzaleznienie/>