

UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU Z PERSPEKTYWY TEORII PRZYWIĄZANIA — STUDIUM PRZYPADKU

ALCOHOL ADDICTION FROM THE ATTACHMENT THEORY POINT OF VIEW — A CASE STUDY

Katedra Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

alcohol addiction attachment theory

W artykule przedstawione jest studium przypadku dorosłego pacjenta uzależnionego od alkoholu, który odbył psychoterapię indywidualną, prowadzoną w podejściu psychodynamicznym. Rozumienie problemów pacjenta i jego funkcjonowanie w relacjach społecznych opisane są w kontekście teorii przywiązania.

Summary: Addiction to alcohol in terms of the attachment theory is considered to be a reaction to the disorders concerning the attachment and it is highly probable that the alcohol abuse will develop among people with insecure attachment styles, as it is indicated in quantitative research results. It is often claimed that the addict's basic problem is the inability to internalize an experience of having proper relationship with others, which – assuming that the main function of the attachment is the acquirement of emotion regulation skills – makes it impossible for the person addicted to rely on his/her own internal resources or on any human attachment figure. The psychoactive substance appears to be a substitute for the secure base, a new attachment figure which is associated with the feelings of being cared and soothed. The article comprises, in the view of the attachment theory, a case study of a patient addicted to alcohol who is treated in an individual psychodynamic therapy. The presented case study stands for an attempt to understand the life story, attachment relationships, identity and the addiction of the patient in the context of the attachment theory tenets. The presented case study stands for an attempt to understand the life story, attachment relationships, identity and the addiction of the patient in the context of the attachment theory tenets.

Wprowadzenie

Zdaniem współczesnych badaczy koncepcja przywiązania J. Bowlby'ego, opisująca istotę więzi rozwijającej się między opiekunem a dzieckiem w pierwszym okresie życia, ma ogromne znaczenie dla rozumienia i wyjaśniania prawidłowego rozwoju oraz powstawania zaburzeń psychicznych we wszystkich okresach rozwojowych człowieka [1]. Przywiązanie nie determinuje rozwoju ostatecznie, ale będzie sprzyjało pewnym rozwojowym rozwiązaniom, gdyż — według Bowlby'ego — wzorce przywiązania konstytuują odmienne ścieżki rozwoju człowieka [2, 3]. Związek między przywiązaniem a dalszym rozwojem wyjaśniany jest przez cztery, niewykluczające się wzajemnie, mechanizmy [3]. Po pierwsze, uważa się, i znajduje to potwierdzenie w neurobiologicznych badaniach, że doświadczenia wczesnodziecięce, w tym te dotyczące przywiązania, mają wpływ na rozwijający się mózg dziecka, co skutkuje

długotrwałymi zmianami na poziomie neuronalnym. Więź dziecka z opiekunem w fundamentalny sposób kształtuje strukturę i funkcje układu limbicznego i prawej półkuli mózgu, istotnych dla przetwarzania emocji. Według Schore'a są one odpowiedzialne za wytworzenie się więzi, wewnętrznych modeli operacyjnych, afektu, komunikacji niewerbalnej i nieświadomości [3–5]. Po drugie, relacja przywiązaniowa stanowi może podstawę dla kształtowania się zdolności do regulacji emocji, ze względu na towarzyszący tej relacji proces internalizowania sposobów regulowania afektu [3]. Uważa się, że efektywna samoregulacja emocji związana jest z ufnym przywiązaniem; pozabezpieczne wzorce przywiązania mają natomiast związek z zaburzeniami regulacji emocji [5], co jest o tyle istotne, że zaburzenia te uważa się współcześnie za jeden z podstawowych mechanizmów wszystkich zaburzeń psychicznych [4]. Trzeci mechanizm wyjaśniający związek między przywiązaniem a dalszym rozwojem obejmuje kwestię behawioralnej regulacji i synchronii. Dziecko, obserwując opiekuna i wchodząc z nim w interakcje, „uczy się” relacji z drugim człowiekiem i rozumienia go, wykształcając w ten sposób określone umiejętności społeczne [3], a także zdolność do mentalizacji [6]. Ostatni mechanizm odnosi się do tworzenia w trakcie relacji przywiązania reprezentacji siebie i opiekuna, zawierających przekonania i oczekiwania. Te wewnętrzne modele operacyjne, tworzone poprzez interakcje z opiekunem i zawierające obraz siebie, drugiej osoby i związku z nią, są względnie trwałe, co oznacza, iż wnoszone są do nowych relacji, kierując zachowaniem osoby oraz jej doświadczaniem siebie i drugiego człowieka [3, 7]. Co ważne, tylko bezpieczny wzór przywiązania zawiera pozytywną reprezentację siebie i pozytywną reprezentację drugiego człowieka [8].

Koncepcja więzi podkreśla więc znaczenie zależności dziecka od opiekunów, a jednocześnie tłumaczy akcentowany obecnie pogląd, że uraz doznany w relacji przywiązania w dzieciństwie może mieć, w kontekście tworzenia się psychopatologii, większe znaczenie niż czynniki genetyczne, konstytucyjne czy społeczne [4].

Uważa się, iż u osoby z historią interpersonalnej traumy istnieje zwiększona podatność na uzależnienie od alkoholu. Relacyjny uraz traktuje się jako specyficzny czynnik ryzyka stanowiący o zagrożeniu dla zdolności do formowania zdrowego przywiązania i do regulacji self [9]. Uzależnienie od alkoholu staje się w ten sposób skomplikowanym mechanizmem kompensacji, będącym jednocześnie manifestacją niezaspokojonych rozwojowych potrzeb relacyjnych [9, 10]. Twierdzi się bowiem, że podstawowym problemem osoby uzależnionej od alkoholu, który dominuje w jej psychicznej rzeczywistości, jest niezdolność do zinternalizowania doświadczenia dobrej relacji z innymi, co — przy założeniu, iż główną funkcją przywiązania jest nabycie umiejętności regulacji emocji — nie pozwala osobie uzależnionej na zwrócenie się do własnych wewnętrznych źródeł i zasobów, jak również do ludzkiej figury [10–12]. W istocie, osoby z bezpiecznym wzorcem przywiązania rozwijają skłonność do szukania, używania i utrzymywania społecznego wsparcia w celu radzenia sobie z negatywnymi emocjami [12]. Z kolei osoby z pozabezpiecznymi stylami przywiązania, u których obserwowany jest brak zaufania do ludzi oraz doświadczenie siebie jako niechcianego, porzucanego, zaniedbywanego, nieważnego i niekochanego [13, 14], mogą używać alkoholu jako patologicznej metody regulowania emocji, kompensującej deficyty w tym zakresie [10, 12].

Uzależnienie od alkoholu jest zatem rozumiane jako zwrócenie pragnienia bliskości, zbyt boleśnie realizowanego w relacji z ludzkim obiektem, w kierunku neutralnego, bezosobowego obiektu, jakim jest alkohol. Substancja psychoaktywna doświadczana jest jako „bezpieczna baza”, nowa figura przywiązania wypełniająca wewnętrzną pustkę, będącą efektem braku bezpiecznej relacji z człowiekiem, unieważniająca potrzebę bliskości z drugą osobą i dostarczająca fałszywego poczucia regulacji self [10, 11, 14, 15].

Istnieją dowody wskazujące na to, iż uzależnienie od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu, i społeczne przywiązanie mają wspólne podłoże neurobiologiczne [16], powiązane z dopaminowym układem nagrody [17]. Nadużywanie substancji psychoaktywnej i uzależnienie tłumaczy się jako próbę zastąpienia endorfin (jako endogennych opioidów), które w naturalny sposób dostarczane są dzięki społecznemu przywiązaniu [14, 17]. Wydaje się zatem, iż alkohol może pełnić rolę środka łagodzącego ból związany z brakiem bezpiecznego przywiązania [10].

Badania ukazują, iż istnienie u osób uzależnionych od alkoholu pozabezpiecznych wzorców przywiązania jest zjawiskiem rozpowszechnionym. Procentowy rozkład występowania stylów pozabezpiecznych waha się w tej grupie od 66% do 94,6%, podczas gdy stylu bezpiecznego od 5,4% do 40% [18–20]. Badania wykazują również, iż wśród osób uzależnionych od alkoholu także wymiary przywiązania kształtują się inaczej niż u osób bez uzależnienia. Wymiary unikania bliskości i lęku przed intymnością osiągają u osób uzależnionych znacznie wyższy poziom [21]. Ponadto osoby uzależnione od alkoholu z pozabezpiecznymi stylami i niekorzystnie nasilonymi wymiarami przywiązania osiągają wyższe wyniki w zakresie natężenia objawów zaburzeń psychicznych — depresyjności i schizoidalności, a także aleksytymii i lęku jako cechy [19, 22, 23].

Należy zaznaczyć, iż rezultatem rozwijającej się relacji przywiązania jest, pozostający w ścisłym związku z wieloma czynnikami biologicznymi, środowiskowymi i psychologicznymi, proces kształtowania się tożsamości. Zakłada się, że „rozwój relacji z obiektem jest warunkiem koniecznym rozwoju poczucia tożsamości” [24]. Uznaje się, że określona i ukształtowana tożsamość jest podstawą funkcjonowania psychicznego człowieka i stanowi nadrzędny regulator jego psychospołecznego funkcjonowania, gdyż umożliwia określenie siebie, dokonywanie wyborów i podejmowanie zmian w życiu, wyznacza stabilność i spójność zachowań oraz zdolność do twórczej adaptacji do rzeczywistości [24, 25]. O poczuciu tożsamości stanowią składające się na nie elementy, takie jak: poczucie odrębności od otoczenia, ciągłości własnego Ja, wewnętrznej spójności czy posiadania wewnętrznej treści [24]. Uformowanie zintegrowanej, odrębnej i stabilnej tożsamości traktowane jest jako przełomowe dla rozwoju człowieka i będące wyznacznikiem jego psychospołecznej dojrzałości [25, 26]. Z perspektywy rozwojowej i klinicznej istotne jest, iż oparcie tożsamości na stabilnych fundamentach zapewnia człowiekowi poczucie bezpieczeństwa [24, 25], a zaburzenia tożsamości mogą przejawiać się w takich zjawiskach, jak: poczucie utraty granic między Ja a światem zewnętrznym; brak wewnętrznej treści; poczucie pustki; brak wiedzy, kim się jest; brak poczucia ciągłości ze sobą z przeszłości; poczucie roz-

bicia Ja na części; brak wewnętrznej spójności; utrata poczucia istnienia czy poczucie nierzeczywistości własnego istnienia [24, 25].

Osoby uzależnione od alkoholu widziane są jako cierpiące z powodu patologii w zakresie relacji z obiektem i relacji przywiązaniowych [10, 27, 28], co skutkuje deficytami w obszarze tożsamości: niezdolnością do utrzymania spójnego i zadowalającego konceptu siebie [29]; kruchością i zagrożeniem poczucia bycia oraz reprezentacji siebie [14, 21, 28]; zranieniem i uszkodzeniem self [10, 30]; przeżywaniem nieświadomej, głębokiej niepewności, dotyczącej prawa do istnienia, posiadania odrębnej tożsamości i utraty poczucia tożsamości [30]. Przy takim założeniu uzależnienie od alkoholu staje się sposobem zyskiwania nowej tożsamości — jako uzależnionego — i ta tożsamość ma chronić zarówno przed przeszłością, jak i przyszłością oraz określić — dotychczas nieokreślone z powodu braku bezpiecznego poczucia tożsamości — miejsce w świecie [13]. Uzależnienie od alkoholu staje się próbą naprawy stanu przytłaczającej beznadziejności powodowanej zniszczoną tożsamością [31], złamanym poczuciem self [32, 33] oraz stanowi formę obrony przed dalszą fragmentacją self [28]. Spostrzegane jest jako walka na śmierć i życie o utrzymanie żywego poczucia siebie, wciąż zagrożonego masywnymi wątpliwościami, dotyczącymi własnej osoby [34]. Z drugiej zaś strony, uzależnienie od alkoholu wtórnie traumatyzuje osobę, pozbawiając ją żywotności, tożsamości i wewnętrznego bogactwa [35] oraz dokonując erozji poczucia siebie [9].

Odnosząc się do ilościowych badań empirycznych z udziałem osób uzależnionych od alkoholu, należy zaznaczyć, iż niewiele jest takich, które ugruntowane są na teoriach tożsamości [36]. Badania poświęcone problematyce tożsamości osób uzależnionych od alkoholu skupione są głównie na zagadnieniach nabywania tożsamości „alkoholika”, „zdrowiejącego alkoholika”, rekonstrukcji tożsamości w trakcie leczenia i uczęszczania na mityngi Anonimowych Alkoholików oraz znaczenia tych procesów dla utrzymywania abstynencji, trzeźwienia i nawrotów choroby [37, 38]. Istotne wydają się doniesienia z badań prowadzonych głównie wśród młodzieży i studentów, wskazujące, iż rozwój tożsamości ma znaczący wpływ na regulowanie ilości spożywanego alkoholu. Osoby z rozproszoną tożsamością oraz tożsamością słabiej zmieniającą się w czasie dojrzewania spożywają znacznie więcej alkoholu niż osoby z tożsamością skonsolidowaną, oraz tożsamością, która bardziej ewoluowała w trakcie dojrzewania [39, 40].

Pan A.: informacje wstępne i historia życia

Pan A.¹ zgłosił się na psychoterapię indywidualną w nurcie psychodynamicznym, prowadzoną przez autorkę niniejszego artykułu. Miał 34 lata, ukończył studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne, pracował jako nauczyciel tego przedmiotu w szkole w małym mieście. Uzależnienie od alkoholu zdiagnozowano u niego 5 lat wcześniej, gdy podjął pierwszą roczną ambulatoryjną terapię odwykową, a zaczęło się ono rozwijać u Pana A. na początku studiów; miał wtedy ok. 20 lat.

¹ Dane identyfikacyjne i biograficzne pacjenta zostały zmienione. Uzyskano zgodę pacjenta na publikację studium przypadku.

bicia Ja na części; brak wewnętrznej spójności; utrata poczucia istnienia czy poczucie nierzeczywistości własnego istnienia [24, 25].

Osoby uzależnione od alkoholu widziane są jako cierpiące z powodu patologii w zakresie relacji z obiektem i relacji przywiązaniowych [10, 27, 28], co skutkuje deficytami w obszarze tożsamości: niezdolnością do utrzymania spójnego i zadowalającego konceptu siebie [29]; kruchością i zagrożeniem poczucia bycia oraz reprezentacji siebie [14, 21, 28]; zranieniem i uszkodzeniem self [10, 30]; przeżywaniem nieświadomej, głębokiej niepewności, dotyczącej prawa do istnienia, posiadania odrębnej tożsamości i utraty poczucia tożsamości [30]. Przy takim założeniu uzależnienie od alkoholu staje się sposobem zyskiwania nowej tożsamości — jako uzależnionego — i ta tożsamość ma chronić zarówno przed przeszłością, jak i przyszłością oraz określić — dotychczas nieokreślone z powodu braku bezpiecznego poczucia tożsamości — miejsce w świecie [13]. Uzależnienie od alkoholu staje się próbą naprawy stanu przytłaczającej bez nadziei powodowanej zniszczoną tożsamością [31], złamanym poczuciem self [32, 33] oraz stanowi formę obrony przed dalszą fragmentacją self [28]. Spostrzegane jest jako walka na śmierć i życie o utrzymanie żywego poczucia siebie, wciąż zagrożonego masywnymi wątpliwościami, dotyczącymi własnej osoby [34]. Z drugiej zaś strony, uzależnienie od alkoholu wtórnie traumatyzuje osobę, pozbawiając ją żywotności, tożsamości i wewnętrznego bogactwa [35] oraz dokonując erozji poczucia siebie [9].

Odnosząc się do ilościowych badań empirycznych z udziałem osób uzależnionych od alkoholu, należy zaznaczyć, iż niewiele jest takich, które ugruntowane są na teoriach tożsamości [36]. Badania poświęcone problematyce tożsamości osób uzależnionych od alkoholu skupione są głównie na zagadnieniach nabywania tożsamości „alkoholika”, „zdrowiejącego alkoholika”, rekonstrukcji tożsamości w trakcie leczenia i uczęszczania na mityngi Anonimowych Alkoholików oraz znaczenia tych procesów dla utrzymywania abstynencji, trzeźwienia i nawrotów choroby [37, 38]. Istotne wydają się doniesienia z badań prowadzonych głównie wśród młodzieży i studentów, wskazujące, iż rozwój tożsamości ma znaczący wpływ na regulowanie ilości spożywanego alkoholu. Osoby z rozproszoną tożsamością oraz tożsamością słabiej zmieniającą się w czasie dojrzewania spożywają znacznie więcej alkoholu niż osoby z tożsamością skonsolidowaną, oraz tożsamością, która bardziej ewoluowała w trakcie dojrzewania [39, 40].

Pan A.: informacje wstępne i historia życia

Pan A.¹ zgłosił się na psychoterapię indywidualną w nurcie psychodynamicznym, prowadzoną przez autorkę niniejszego artykułu. Miał 34 lata, ukończył studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne, pracował jako nauczyciel tego przedmiotu w szkole w małym mieście. Uzależnienie od alkoholu zdiagnozowano u niego 5 lat wcześniej, gdy podjął pierwszą roczną ambulatoryjną terapię odwykową, a zaczęło się ono rozwijać u Pana A. na początku studiów; miał wtedy ok. 20 lat.

¹ Dane identyfikacyjne i biograficzne pacjenta zostały zmienione. Uzyskano zgodę pacjenta na publikację studium przypadku.

Bezpośrednim powodem zgłoszenia było przerwanie abstynencji od alkoholu i wypicie jednorazowo pięciu piw miesiąc wcześniej. Za namową żony pan A. spotkał się ze swoim terapeutą prowadzącym w ośrodku, do którego wcześniej uczęszczał. Terapeuta zalecił mu pogłębioną psychoterapię indywidualną. W kontrakcie terapeutycznym umówiono się z pacjentem na psychoterapię długoterminową o nieokreślonym terminie zakończenia. Po wstępnej diagnozie dokonanej podczas pierwszych spotkań konsultacyjnych z pacjentem uznano, iż jednym z jego podstawowych problemów (obok uzależnienia od alkoholu) są poważne trudności w utrzymywaniu bliskich relacji z innymi ludźmi; pacjent od pierwszego spotkania ujawniał cechy stylu przywiązania unikowego². Uznano, iż stworzenie bezpiecznej relacji terapeutycznej będzie stanowiło punkt wyjścia dla kształtowania nowego wzorca przywiązania pacjenta, nowych sposobów regulacji afektu oraz budowania tożsamości [41]. Zakładano, że picie alkoholu może wynikać z deficytów pacjenta w zakresie relacji przywiązaniowych i stanowić sposób wypełnienia wewnętrznej pustki powodowanej brakiem bezpiecznej relacji z drugim człowiekiem [10, 15]. Dlatego celem psychoterapii miało być przepracowanie trudności relacyjnych pacjenta i zmiana wzorca wiązania się z ludźmi w oparciu o bezpieczną relację z psychoterapeutą [41]. Ustalono również zasadę, iż pacjent utrzymywać będzie całkowitą abstynencję od alkoholu, której to zasady Pan A. przestrzegał. Po pół roku pacjent przerwał psychoterapię.

Spisanie historii życia pana A. nie należy do łatwych zadań ze względu na charakterystyczną dla niego ubogą narrację i brak spontaniczności w wypowiedziach zarówno na temat przeszłych, jak i teraźniejszych wydarzeń w jego życiu. Nie pozostaje to bez znaczenia dla rozumienia pacjenta.

Pan A. pochodzi z pełnej rodziny. Matkę wspominał jako poświęcającą się pracom domowym, niepracującą zawodowo. Ojciec pacjenta jest uzależniony od alkoholu, od około 10 lat utrzymujący abstynencję. Pan A. twierdził, że nie pamięta żadnych wydarzeń związanych z ojcem, z wyjątkiem jednej jedynej wycieczki pieszej: „Pamiętam drogę wycieczki do dzisiaj”³. Pacjent wspominał, iż później, gdy ojciec przestał pić, motywował go do podjęcia leczenia odwykowego, jednak „wszystko, co mówił, zresztą do teraz tak jest, przepływało przeze mnie. Wpadało jednym uchem, wypadało drugim”.

Pacjent miał młodszego o pięć lat brata. Gdy Pan A. miał 8 lat, jego brat zmarł na oczach jego i ich matki: „Zachłysnął się czymś, nie zdążyliśmy go uratować”. Pacjent do dzisiaj nie zna szczegółów jego śmierci. Z wyjątkiem pogrzebu, nie pamięta innych zdarzeń związanych z bratem: „Nie pamiętam zabaw z bratem, pamiętam tylko pogrzeb. Na pogrzebie stałem z boku, z wujem, płakałem. W sumie nie wiem, czemu z boku. Pamiętam tylko kondolencje mojego wychowawcy”. Okres przed i po śmierci brata pacjent określa jako pozbawiony wspomnień: „Nie pamiętam, jak wtedy żyłem, co działało się dalej”. Pytany o ówczesne relacje z rodzicami, odpowiada, iż „ojciec na pewno pił i go nie było. Matka z kolei była w domu, ale nie przypominam sobie niczego w związku z nią”.

² Diagnoza pacjenta zostanie rozszerzona i wyjaśniona w dalszej części artykułu.

³ Zdania/określenia umieszczone w cudzysłowie są słowami pacjenta.

Od szóstej klasy szkoły podstawowej pacjent coraz częściej przebywał poza domem, dołączył do grupy, którą określił jako „przestępczą”: „Może nie przewodziłem tej grupie, ale siłą nad nimi górowałem”. Wraz z kolegami wszczynali często bójki i dokonywali kradzieży, co na początku szkoły licealnej skończyło się złapaniem przez policję oraz wyrokiem sądu i ustanowieniem nadzoru kuratora. W liceum pacjent nie nawiązał żadnych bliższych znajomości. Spotykał się ze znajomymi stosunkowo rzadko, raczej w celu kupienia marihuany — w tym czasie bowiem pacjent kilka razy w miesiącu ją palił „zawsze w samotności”. Dodatkowo pił alkohol, głównie piwo. W przeżyciu pacjenta używanie tych substancji psychoaktywnych przynosiło mu „większą przyjemność, odprężenie, relaks”. Aktywnością, którą pan A. zaczął rozwijać w liceum, było uprawianie sportu, głównie piłki nożnej. Kilka razy w tygodniu chodził na treningi: „Lubiłem to i lubię do dzisiaj”.

Na początku studiów związał się z panią B., obecnie jego żoną. Mieszkali osobno, spotykali się stosunkowo rzadko ze względu na obciążenie zajęciami na uczelni, pracą pana A. oraz jego postępującym uzależnieniem się od alkoholu: „Czułem ulgę, gdy kłóciłem się wtedy z B. Nie musiałem się z nią spotykać na drugi dzień, skoro się pokłóciliśmy, więc mogłem wypić więcej. Odwracałem się na pięcie i miałem alkohol”/ „Cieszyłem się, że nie musiałem dzwonić i spotykać się z nią na drugi dzień”. Podczas studiów i do dzisiaj pan A. nie palił marihuany, nadal pił tylko w samotności, jednorazowo do 5–6 piw kilka razy w tygodniu. Gdy ukończył studia, zamieszkali wraz z B. w wynajętym mieszkaniu w małym mieście i podjęli pracę. Wkrótce wzięli ślub. W roku szkolnym Pan A. pił w ciągu tygodnia mniejsze ilości alkoholu, w weekendy zaś zaczął rozwijać się u niego wzorec spożywania dużej ilości alkoholu. W czasie ferii zimowych i wakacji letnich pił więcej. Okresy picia przerywane były licznymi okresami abstynencji (od kilku tygodni do kilku miesięcy). Pan A. przestawał pić częściowo na prośby i żądania swojej żony, częściowo ze względu na interwencje ojca, ale także ze względu na wzrastającą świadomość własnego uzależnienia od alkoholu.

Wraz z pierwszą ciążą żony pan A. podjął leczenie odwykowe w ambulatoryjnej placówce leczenia uzależnień, które trwało rok. Po terapii utrzymywał całkowitą abstynencję przez rok. W tym czasie rozpoczął budowę domu dla swojej rodziny i intensywnie, codziennie uprawiać sport. Po roku od ukończenia terapii odwykowej „umówił się” ze swoją żoną, że będzie spożywał po jednym piwie dwa razy w tygodniu: „wieczorami po treningach”. O rytuale tym pan A. wypowiadał się następująco: „Czekałem na te wieczory. Lubiłem je. Zawsze odbywało się to w samotności, B. nigdy do mnie nie dołączała, zwykle już spała. Pasowało mi to”. Pan A. deklaruje, że nigdy nie zdarzyło się, ażeby jednorazowo wypić więcej niż jedno piwo. Rytuał ten trwał przez trzy lata, do momentu, gdy żona zaszła w drugą ciążę. Nakazała mu wtedy zaprzestać picia alkoholu całkowicie. Pan A. na jakiś czas dostosował się do jej żądania. O swoim zapiciu pół roku później opowiadał następująco: „Pewnego dnia od rana sprzątałem garaż od wielu lat niesprzątany i znalazłem 5 piw. Włożyłem je początkowo do szafki. Pod wieczór wróciłem do garażu i je wypilem. Moja żona nakryła mnie na tym i powiedziała, że albo wracam na terapię, albo się ze mną rozwodzi”.

Pan A.: interpretacja z perspektywy teorii przywiązania

Zbudowanie przymierza terapeutycznego w relacji z panem A., które mogłoby pozwolić na pogłębioną eksplorację i rozumienie jego wewnętrznego świata tak przez niego, jak i przez psychoterapeutę, było trudne. Z jednej strony pacjent przychodził na każdą sesję terapeutyczną, z drugiej jednak brakowało w nim spontanicznej narracji, a chwile milczenia były pełne napięcia, lęku, smutku i pustki. Zadawane przez psychoterapeutę pytania oraz sformułowane komentarze przerywające ciszę skutkowały zdawkowymi reakcjami pacjenta. Wydawało się jednak, że nie jest to przejaw oporu pacjenta, a jego osobowościowa odpowiedź na sytuację bliskości z drugą osobą.

Podczas psychoterapii ujawniały się wewnętrzne reprezentacje bliskich pacjentowi osób oraz relacji z nimi, w swojej istocie bolesne.

W opowieści pana A. o dzieciństwie dominowało osamotnienie i opuszczenie. Ze wzruszeniem przytaczane wspomnienie pogrzebu brata, w trakcie którego był pod opieką — wydaje się „przypadkowego” — wujka (dla Pana A. nie była to ważna postać), zawierało w sobie historię porzucenia przez rodziców, która to historia ma swoją kontynuację w słabej pamięci jakichkolwiek z nimi interakcji. Jednocześnie wydaje się, że szczegółowa pamięć jedynej wycieczki z ojcem, wyrażała pragnienie bliskości, bycia ważnym, zauważonym oraz tęsknotę za tym stanem. W kontekście relacji z bratem zastanawiające staje się z kolei, czy brak pamięci zabaw z nim jest zaprzeczeniem bliskiej, czy jakiegokolwiek z nim relacji, czy też jest obronne w stosunku do uczuć miłości do brata i poczucia winy z powodu jego śmierci.

Mimo deklaracji pacjenta, że związek z żoną układa się dobrze, nie wydawało się, aby relacja przywiązaniowa z nią zbudowana była na poczuciu bezpieczeństwa, wzajemnej bliskości i intymności. Pan A. przeżywał żonę jako dominującą, narzucającą mu swoje zdanie i rozliczającą z wypełniania codziennych obowiązków. Z drugiej jednak strony miał poczucie, że on sam nie angażuje się w życie domowe i w związek małżeński, że niewiele z siebie daje. O swoich zachowaniach w sytuacjach dla żony stresowych opowiadał: „Nie wpadłem na pomysł, by ją przytulić. Na pewno ucieszyłaby się, byłoby to dla niej ważne”. Na pytanie, jak rozumie swoją trudność w budowaniu z żoną bliskości w takich sytuacjach, odpowiadał: „Gdybym miał podejść do żony i ją przytulić, to trudno by mi było utrzymać powagę — rozkleiłbym się, i powiedział coś mądrego — bo trzeba wtedy”. Istotny w kontekście relacji z żoną wydaje się również fakt, iż jako motywację dla swojej abstynencji podawał dzieci: „Nie wypiłbym, bo zraniłbym dzieci”. Po komentarzu, że nie wspominał o żonie, powiedział: „Jestem zaskoczony tym, że tak powiedziałem. B. byłoby przykro, gdyby to usłyszała”. Pan A. nigdy też nie powiedział żonie o uzależnieniu od alkoholu swojego ojca: „Nie mówiłem, bo nigdy nie spytała. Pani spytała”. Symboliczne dla rozumienia pana A. jako niezdolnego do budowania bezpiecznej relacji przywiązania wydają się również rytualne, samotne wieczory, gdy wypijał alkohol. Odnosiło się wrażenie, że świadomie i nieświadomie przypisywał alkoholowi funkcje figury przywiązania lepszej niż figura żony.

W świecie relacji z innymi osobami ważną dla pana A. postacią była jego 5-letnia córka, o której zaczął mówić pod koniec przerwane go procesu psychoterapii. Pacjent

opowiadał, że do trzeciego roku życia córka spała z nim oraz jego żoną w jednym łóżku: „Lubiłem to, usypiałem córkę, czytałem jej bajki. Brakowało mi tego, gdy córka zaczęła spać osobno. Tęskniłem”. Z jego inicjatywy, spał z córką w niedzielę: „Często w ciągu tygodnia córka pyta, kiedy będzie niedziela. Cieszy mnie to bardzo. Cieszyła mnie również nieobecność żony z powodu porodu drugiego dziecka. Gdy żona była w szpitalu, mogłem spać z córką”. Jednocześnie pacjent opowiadał o pojawiających się fantazjach, że kiedyś jego córka wyjdzie za mąż: „Myślałem o tym, że będę prowadził ją do ołtarza i nie jest mi z tym dobrze. Znowu będę samotny”. Tak przeżywaną przez pacjenta relację z córką rozumieć można jako wyraz jego nieświadomego, ukrytego pragnienia bliskości, które to pragnienie nie może być realizowane w relacji z dorosłą kobietą (osobą?) ze względu na pojawiający się lęk, w tym lęk przed porzuceniem. Można odnieść wrażenie, iż pacjent w relacji z tymczasowo zależną od niego córką czuł się bezpiecznie. Wydaje się także, że mógł zastosować mechanizm obronny odwrócenia — uważając własne pragnienie bycia kochanym i otoczonym opieką za zagrażające i niebezpieczne, bo skazane na porażkę, pośrednio zaspokajał swoją potrzebę zależności, otaczając córkę miłością oraz opieką i nieświadomie identyfikując się z gratyfikacją przez nią przeżywaną [42].

Znamienny jest fakt, iż w momencie, gdy w psychoterapii pojawiły się tematy związane z córką, pacjent podjął decyzję o zakończeniu kontaktu terapeutycznego. Wydaje się, że córka symbolizowała w istocie jego własną, potężną potrzebę bliskości, której nie mógł realizować w relacji z żoną czy z psychoterapeutą ze względu na ból płynący z doświadczeń jej niezaspokojenia przez rodziców. Dalsza eksploracja tego wątku była prawdopodobnie zbyt zagrażająca. Odnosiło się ponadto wrażenie, iż nieświadomy lęk pacjenta przed porzuceniem sprawia, że próbuje on zyskać kontrolę nad nim poprzez porzucenie psychoterapeuty. Jednocześnie, nosząc w sobie wewnętrzny model siebie jako opuszczanego przez innych (rodziców, brata), a wewnętrzny model operacyjny innych jako opuszczających — w myśl założenia, iż aktualne funkcjonowanie danej osoby jest odzwierciedleniem jej relacji z obiektami w przeszłości [43] — prowokował do porzucenia. Odgrywało się to również w relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Przed jedną z sesji na początku psychoterapii psychoterapeutka otrzymała od pana A. esemesa: „Przepraszam. Nie zdążę na 10:00, bo jestem w szpitalu”, co odebrała wyjątkowo jednoznacznie, że pacjenta nie będzie na sesji, i opuściła gabinet. Kilka minut po godzinie 10 otrzymała telefon od psychoterapeuty z sąsiedniego gabinetu, że Pan A. na nią czeka. W kontekście jego problematyki rozumiano to jako odtworzenie i powtórzenie jednego z ważniejszych, nieświadomych lęków pacjenta — że zostanie porzucony. W czasie spotkań z panem A. w przeciwprzeniesieniu pojawiały się uczucia i emocje dwojakiego rodzaju. Z jednej strony psychoterapeutka identyfikowała się z bólem pacjenta, jego smutkiem, lękiem i pustką (przeciwprzeniesienie symetryczne) [44]. Z drugiej — rozpoznawała w sobie ochotę rozliczania go z aktywności w psychoterapii, agresywnego konfrontowania go z jego biernością, przymuszania do mówienia. Wydaje się, że wówczas komplementarnie identyfikowała się z jego żoną, odczuwając jednocześnie, że taki sposób „bycia z nim” jest równoznaczny z opuszczaniem go.

Pan A. jawił się jako osoba tożsamościowo pozbawiona wewnętrznej treści. Z trudem wydobywał z siebie różne elementy swojej historii życia; wydawało się, że duża część jego doświadczeń i przeżyć pozostaje ukryta, przez co osiągnięcie poczucia spójności własnej tożsamości stawało się ograniczone. Obronny brak dostępu do treści psychicznych i emocjonalnych oraz osłabiona możliwość odkrywania i nadawania im znaczenia powodowały wrażenie nieciągłości jego tożsamości. W życiu codziennym (jak również w relacji terapeutycznej) wyrażało się to brakiem pomysłów na zaangażowanie w sprawy domowe, wieloletnim wykonywaniem obowiązków wypisywanych każdego dnia przez żonę na kartkach i rozliczaniem go z tego, pozostawianiem w relacji z żoną w roli nieautonomicznego dziecka poddanego nieustannej kontroli (żona wielokrotnie robiła mu testy na obecność THC w moczu, przywoziła go na sesje terapeutyczne i odbierała po ich zakończeniu). Wydaje się, że jedynym obszarem, w którym pan A. realizował swoje potrzeby niezależności w sposób bardziej dojrzały był sport, pełniący prawdopodobnie również funkcję przeciwdepresyjną. W kontekście z kolei potrzeb afiliacyjnych pacjent nie miał jasno zdefiniowanej swojej roli w świecie, poczucia przynależności do niego. Nie miał wokół siebie przyjaciół, a znajomi, z którymi uprawiał sport, niewiele o nim wiedzieli.

Biorąc pod uwagę dostępne dane pochodzące z historii życia pacjenta, aktualnej sytuacji życiowej i relacji terapeutycznej, w tym relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej, wydaje się, że był on osobą o rozwiniętym unikowym stylu przywiązania oraz wysokim poziomem nieświadomego lęku przed intymnością. Uwzględniając trudność pacjenta w dostępie do wewnętrznej treści, wszechogarniające poczucie pustki, brak pewności w zakresie definicji własnej osoby, swoich pragnień i lęków, trzeba stwierdzić, że sprawiał on wrażenie osoby o niezintegrowanej i niestabilnej tożsamości.

Zastanawiająca, z perspektywy dopełnienia rozumienia pacjenta, jest rola alkoholu w utrzymywaniu i tworzeniu jego psychopatologii. Wydaje się, że — z powodu deficytu w zakresie uwewnętrznienia wystarczająco dobrych doświadczeń bycia ważnym i otoczonym opieką w dzieciństwie przez rodziców, co wyrażało się między innymi w braku dobrych wspomnień matczynej i ojcowskiej miłości i troski [15], a także urazowym relacyjnym doświadczeniu [9] śmierci brata — u Pana A. rozwinęła się i uzewnętrzniła pod koniec okresu adolescencji skłonność do nadużywania alkoholu traktowanego symbolicznie jako substytut bliskości [10]. Niemożność utworzenia satysfakcjonującej relacji z drugim człowiekiem (rodzicami; rozwiązana „grupą przestępczą” jako — z definicji — niedostarczającą opieki i troski) doprowadziła do stosunkowo szybkiego wytworzenia wewnętrznego modelu operacyjnego relacji z substancją psychoaktywną, połączonego z doznawaniem bezpieczeństwa, spokoju i ochrony [15]. Jednocześnie wydaje się, że alkohol jako obiekt przywiązania wypełniający wewnętrzną pustkę powodowaną brakiem bezpiecznej relacji z człowiekiem, unieważnił potrzebę bliskości, co znacznie utrudniało, czy wręcz uniemożliwiało, zbudowanie ufnej i intymnej relacji z żoną, innymi ludźmi i relacji terapeutycznej [10, 14, 15]. Uwzględniając zjawisko preferencji substancji, wybór alkoholu bowiem łączy jest z głęboką obroną przed lękiem i dyskomfortem dotyczącymi bliskości, zależności i intymności [29].

Obecne u Pana A. deficyty w zakresie wczesnych relacji przywiązaniowych i uwewnętrznionych reprezentacji rodziców mogły przyczynić się do rozwinięcia tożsamości w swojej istocie wydającej się kruchą, bez zdolności do utrzymania spójnego, ciągłego i zadowalającego konceptu siebie, oraz bez zdefiniowanych potrzeb dojrzałej indywidualności i potrzeb afiliacyjnych. Nadużywanie marihuany i alkoholu, a później uzależnienie od niego, zdają się być odpowiedzią pacjenta na porażkę w zakresie budowania własnej tożsamości, do której prawdopodobnie przyczyniła się również nieobecność stałych, stabilnych i wielowymiarowych reprezentacji matki (której osoba nie pojawiała się w opowieściach Pana A. wcale) oraz ojca (którego słowa „wpadają jednym uchem i wypadają drugim”). Stan przytłaczającej pustki tożsamościowej i wynikającej z niej bezradności i nieżywołności był naprawiany przez alkohol, który symbolicznie jawił się jako przynoszący poczucie spełnienia, nadający sens, oczekiwany.

Wnioski

Biorąc pod uwagę dominację teorii poznawczo-behawioralnych w dziedzinie psychologii uzależnień w Polsce, jak również niską skuteczność leczenia uzależnień, wydaje się, że rozwijanie innych sposobów rozumienia osoby uzależnionej od alkoholu jest zasadne i konieczne [45]. Teorie psychodynamiczne, w tym teoria przywiązania, mogą dostarczyć — jak starano się ukazać w przedstawionym w niniejszym artykule studium przypadku — pogłębionej konceptualizacji osoby uzależnionej od alkoholu, między innymi poprzez przyjęcie założenia o uzależnieniu jako symptomie szeroko rozumianej psychopatologii [46]. W myśl tych teorii przedmiot uzależnienia nie przyciąga magnetycznie, to człowiek jest tym, który dostarcza magnetyzmu [29, 46], natomiast istotą uzależnienia jest psychologiczny ból, który łagodzony jest przez przyjmowanie substancji, co sprawia, iż staje się ono naprawą, regulacją, adaptacją czy leczeniem [32]. Leczenie terapeutyczne pacjenta uzależnionego z pozabezpiecznym wzorcem przywiązania polega na próbie dostarczenia mu odzwierciedlającego i podtrzymującego środowiska, które może kontenerować i radzić sobie z jego negatywnymi, destruktywnymi impulsami oraz dawać mu sposobność do tworzenia wewnętrznych reprezentacji bezpiecznych obiektów i identyfikacji z nimi. W oparciu o taką relację pomaga się osobie uzależnionej w rozwinięciu zdolności do wzajemności i przywiązania, co w rezultacie ma przerwać uzależnieniowy cykl alienacji i izolacji [10]. Ów proces przywiązaniowy staje się niezbędny do wzrastania, stwarza potencjał do budowy nowych wzorców regulowania myśli i emocji, a także pozwala na zasadnicze zmiany w obszarze przeżywania przez pacjenta rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej [41]. Relacja przywiązaniowa, budowana na poczuciu bezpieczeństwa, ma pomóc pacjentowi w wypracowaniu kojącej wewnętrznej „obecności innego”, dzięki której doświadcza on zrozumienia i troski; doznania te mogą zostać uwewnętrznione [10]. Stanowiło to cel psychoterapii pana A., który początkowo udawało się realizować poprzez jego systematyczną (mimo że „milczącą”) obecność na sesjach terapeutycznych, klaryfikację i nadawanie znaczenia trudnościom w relacji z żoną oraz eksplorację trudnych wątków (np. relacji pacjenta z córką) z życia pacjenta. Niemniej, przerwanie przez niego procesu psychoterapii można rozumieć jako — charakterystyczny dla

pacjenta z pozabezpiecznym stylem przywiązania — nieświadomy (i w swojej istocie stanowiący o cierpieniu) przymus odtworzenia w interakcji z psychoterapeutą starych wzorców relacji z rodzicami pacjenta, w których brakowało bliskości, bezpieczeństwa i pomocy [41]. Prawdopodobnie w obawie przed ponownym porzuceniem pacjent porzucił psychoterapeutę w momencie — co znamienne — rodzącej się większej bliskości. W ten sposób można uznać, że ewentualna korzyść z psychoterapii, polegająca na umożliwieniu pacjentowi zwrócenia się ku drugiemu człowiekowi (a nie substancji psychoaktywnej), została stłumiona poprzez, silniejszą w tym momencie życia, jego relacyjną psychopatologię. Nie zmienia to faktu, iż — jak podkreśla literatura przedmiotu [10, 47] — w pracy z pacjentem uzależnionym z pozabezpiecznym wzorcem przywiązania powinno wkładać się wysiłek w kreowanie więzi przywiązaniowej i rozwijanie przymierza terapeutycznego (m.in. poprzez kontenerowanie jego charakterologicznych deficytów), a także w rozumienie, że to interpersonalne deficyty pacjenta w jakimś stopniu przyczyniły się do powstania zależności od substancji psychoaktywnej.

Piśmiennictwo

1. Bomba J. Przywiązanie a rozwój mózgu. W: Józefik B, Iniewicz G, red. *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 25–33.
2. Sroufe A. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach. Hum. Dev.* 2005; 7(4): 349–367.
3. Senator D. Teoria więzi Johna Bowlby'ego. W: Tryjarska B, red. *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2012, s. 17–39.
4. Schore A. Zaburzenie regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: Murawiec S, Żechowski C, red. *Od neurobiologii do psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009, s. 71–121.
5. Żechowski C, Namysłowska I. Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. W: Józefik B, Iniewicz G, red. *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 53–74.
6. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
7. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
8. Tryjarska B. Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości. W: Tryjarska B, red. *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2012, s. 185–217.
9. Padykula NL, Conklin P. The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clin. Soc. Work. J.* 2010; 38(4): 351–360.
10. Flores PJ. *Addiction as an attachment disorder*. Lanham: Jason Aronson Books; 2004.
11. Kościelska M. *Nadzieja w życiu ludzi*. Warszawa: Difin; 2013.
12. McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. *Addict. Behav.* 2003; 28: 1115–1127.

13. Read A. Psychotherapy with addicted people. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 85–98.
14. Höfler DZ, Kooyman M. Attachment transition, addiction and therapeutic bonding — an integrative approach. *J. Subst. Abuse. Treat.* 1996; 13(6): 511–519.
15. Reading B. The application of Bowlby's attachment theory to the psychotherapy of the addiction. W: Weegmann M, Cohen R, red. *The psychodynamics of addiction*. London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2006, s. 13–30.
16. Insel TR. Is social attachment an addictive disorder? *Physiol.Beh.* 2003; 79(3), 351–357.
17. Fonagy P, Luyten P, Bateman A, Gergely G, Strathearn L, Target M i wsp. Przywiązanie a patologia osobowości. W: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*. Podręcznik kliniczny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013, s. 61–117.
18. De Rick A, Vanheule S. Attachment styles in alcoholic inpatients. *Eur.Addict. Res.* 2007; 13: 101–108.
19. Wedekind D, Bandelow B, Heitmann S, Havemann-Reinecke U, Engel KR, Huether G. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Subst. Abuse Treat. Pr.* 2013; 8:1.
20. Juen F, Arnold L, Meissner D, Nolte T, Buchheim A. Attachment disorganization in different clinical groups: what underpins unresolved attachment? *Psihologija* 2013; 46(2): 127–141.
21. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict.Behav.* 2006; 31(4): 732–737.
22. De Rick A, Vanheule S, Verhaeghe P. Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, an psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Subst. Use Misuse* 2009; 44(1): 99–114.
23. Thorberg FA, Young R, Sullivan K, Lyvers M, Connor J, Feeney G. Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addict.Behav.* 2011; 36(4): 427–430.
24. Sokolik M. *Psychoanaliza i Ja: kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza; 2000.
25. Erikson EH. *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1997.
26. Pilarska A. *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM; 2012.
27. Krystal H. Self- and object-representation in alcoholism and other drugdependence: implications for therapy. W: Blaine JD, Julius DA, red. *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph 12. Washington, DC: Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office; 1977, s. 88–100.
28. Levin JD. *Treatment of alcoholism and other addictions. A self-psychology approach*. Northvale/ New Jersey/London: Jason Aronson Inc; 1991.
29. Khantzian EJ. *Treating addiction as a human process*. Lanham: Jason Aronson Books; 2007.
30. Kohut H. Preface. W: Blaine JD, Julius DA, red. *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph 12. Washington, DC: Superintendent of Documents, U. S. Government Printing Office; 1977, s. vii–ix.
31. Dodes LM. *The heart of addiction. A new approach to understanding and managing alcoholism and other addictive behaviors*. New York: Harper; 2003.
32. Khantzian EJ, Albanese, MJ. *Understanding addiction as self-medication. Finding hope behind the pain*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2008.
33. Khantzian EJ. Reflections on treating addictive disorders: a psychodynamic perspective. *Am. J. Addiction* 2012; 21: 274–279.

34. Jones DB. Addiction and pathological accommodation: an intersubjective look an impediments to the utilization of Alcoholics Anonymous. *Int.Psychoanal. Self Psychol.* 2009; 4: 212–234.
35. Weegmann M, Khantzian EJ. Envelopments: immersion in and emergence from drug misuse. *Am. J.Psychother.* 2011; 65(2): 163–177.
36. Young LB. Personal construct theory and the transformation of identity in Alcoholics Anonymous. *Int. J. Mental Health Addict.* 2011; 9: 709–722.
37. Koski-Jännes A. Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addict. Res.Theory* 2002; 10(2): 183–202.
38. Buckingham SA, Frings D, Albery IP. Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychol. Addict.Behav.* 2013; 27(4): 1132–1140.
39. Bishop DI, Weisgram ES, Holleque KM, Lund KE, Wheeler-Anderson JR. Identity development and alcohol consumption: current and retrospective self-reports by college students. *J. Adolescence* 2005; 28: 523–533.
40. Schwartz SJ, Forthun LF, Ravert RD, Zamboanga BL, Umaña-Taylor AJ, Filton BJ i wsp. Identity consolidation and health risk behaviors in college students. *Am. J. Health Behav.* 2010; 34(2): 214–224.
41. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
42. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2009.
43. Świtła J. Teoria relacji z obiektem O. F. Kernberga — prezentacja podstawowych założeń. W: Cierpiałkowska L, Gościński J, red. *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem.* Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2002, s. 67–94.
44. Gabbard GO, Wilkinson SM. *Przeciwwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline.* Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011.
45. Chodkiewicz J. *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012.
46. Morgenstern J, Leeds J. Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. *Psychother.* 1993; 30(2): 194–206.
47. Flores PJ. *Group psychotherapy with addicted populations. An integration of Twelve-Step and psychodynamic theory.* New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2007.

Adres: ewa.wojtynkiewicz@gmail.com